

T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK KORUMA, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

III. ÇOCUK İSTİSMARI, İHMALİNE VE ÖNLEMeye
MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM KURSU

21-22 Ekim 2020

“Bu kitap, Avrupa Birliği Sivil Düşün Programı kapsamında Avrupa Birliği desteği ile hazırlanmıştır. İçeriğin sorumluluğu tamamıyla T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi’ne aittir ve AB’nin görüşlerini yansıtmamaktadır.”

Sayın Okurlar,

İstanbul Üniversitesi Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak ‘Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım Kursu’nun üçüncüsünü 21-22 Ekim 2020 tarihlerinde çok sayıda katılımcı ile gerçekleştirdik. Kursumuzun düzenlenmesi konusunda destek olan İstanbul Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Mahmut AK, İÜ Rektör Yardımcısı Recep GÜLOĞLU, İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Tufan TÜKEK, İstanbul Tıp Fakültesi Başhekim Prof. Dr. Ümmihan İŞOĞLU ALKAÇ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Zeynep KARAKAŞ, Çocuk Sağlığı Enstitüsü Müdürü Prof. Dr. Gülbin GÖKÇAY’a teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Çocuk sağlığı ve Hastalıkları AD’da görev alan yetişmemde emeği geçen çok değerli hocalarıma desteklerinden dolayı en derin saygılarımı sunarım.

Ayrıca kursumuzun düzenleme kurulu üyelerine ve konuşmacılara teşekkür eder, en derin sevgi ve saygılarımızı sunarız.

Üç yıldır düzenlediğimiz kursa olan ilgi her geçen yıl artmaktadır. Bizi daha çok çalışmaya motive eden değerli katılımcılar için bu sene geçen kurslardan farklı olarak kurs kitabı oluşturma imkânı bulduk. Bu konuda bize destek olan Genç Gönüllüler Derneği Başkanı Eyüp COŞKUN, Taha ULU, kapak resmini çizen Ataşehir Yahya Kemal Beyatlı Ortaokulu 6. sınıf öğrencisi sevgili Selin SARAY’a, Avrupa Birliği Sivil Düşün Programı’na, kurulduğumuz 2018 yılı ve 2019 yıllarında düzenlemiş olduğumuz kurs ve sempozyumlarda bize desteklerini esirgemeyen Dr. Aydın KORKMAZ, Bayrampaşa Belediye Başkanı Sayın Atila AYDINER, Rumeli Türkleri Kültür ve Dayanışma Derneği Genel Başkanı Adnan ŞAHİNLER, Rumeli Türkleri Kültür ve Dayanışma Derneği Bayrampaşa Şube Başkanı Metin ALTINTAŞ, İşadamı Necati ÇALIŞKAN, İsmail AYDIN, Abdullah AYDOĞAN, Ekrem ÖZKAYMAZ, Dinçer ESENDURAN, Gencer YILDIRIM, Dincer YILDIRIM, Dr. Nuri KARAÖZ, Aytulu KİRAZALDI’ya teşekkür eder, şükranlarımızı sunarız.

Kursumuzun sorunsuz olarak online gerçekleştirilmesinde emek veren Uzm. Dr. Muhammet Ali VARKAL, Uzm. Dr. Cüneyt Destan CENGER ve Z EVENT çalışanlarına, sekreterlerimiz Ebru ÇOBANOĞLU, Işıl ÇEKİÇ, sosyal medya sorumlusu Melek YILMAZ’a da emekleri ve desteklerinden dolayı teşekkür ederiz.

Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü

Prof. Dr. Ayşe KILIÇ

DÜZENLEME KURULU

KURS SORUMLUSU: Prof. Dr. Ayşe KILIÇ İÜ. İTF. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri, *Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi müdürü*

Prof. Dr. Mustafa ÖZÇETİN İÜ. İTF. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, *Genel Pediatri Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi*

Prof. Dr. Hayati DURMAZ İÜ. İTF Ortopedi ve Travmatoloji AD Başkanı, *Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi*

Prof. Dr. A. Ufuk SEZGİN İÜ. İTF Adli Tıp AD, *Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi*

Prof. Dr. Sacide PEHLIVAN İÜ. İTF Tıbbi Biyoloji AD, *Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi*

Doç. Dr. Nusret SOYLU İÜ. İTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı AD, *Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi*

Doç. Dr. Sadık TOPRAK İÜ. İTF Adli Tıp AD, *Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi*

KURS SEKRETERLERİ

Uzm. Dr. Cüneyt D. CENGER İÜ. İTF Adli Tıp AD, *Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Danışma Kurulu Üyesi*

Uzm. Dr. Muhammet Ali VARKAL İÜ. İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, *Genel Pediatri, Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Danışma Kurulu Üyesi*

ONURSAL KURUL

Prof. Dr. Mahmut AK

İstanbul Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Recep GÜLOĞLU

İstanbul Üniversitesi Rektör Yardımcısı

Prof. Dr. Mustafa Oral ÇALIŞLAR

İstanbul Üniversitesi Rektör Yardımcısı

Prof. Dr. Tufan TÜKEK

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı

Prof. Dr. Zeynep KARAKAŞ

İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü ve İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Gülbin GÖKÇAY

İÜ Çocuk Sağlığı Enstitüsü

İçindekiler

1. GÜN 1. OTURUM AÇILIŞ KONUŞMALARİ	9
Prof. Dr. Tufan Tükek <i>İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı</i>	10
Prof. Dr. Ümmihan İsoğlu Alkaç <i>İstanbul Tıp Fakültesi Başhekimİ</i>	12
Prof. Dr. Zeynep Karakaş <i>İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı</i>	14
Prof. Dr. Gülbin Gökçay <i>İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Müdürü</i>	16
Prof. Dr. Hayati Durmaz <i>İTF Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanı</i>	18
İstanbul Üniversitesi Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezinin Faaliyetleri Prof. Dr. Ayşe Kılıç	20
Çocuk İstismarını ve İhmalini Önlemede Anne-Baba Eğitimi Prof. Dr. Figen Şahin Dağlı	24
1. GÜN 2. OTURUM	38
Aile İçi Şiddet Prof. Dr. Ayşen Ufuk Sezgin	39
Çocukluk Çağı Travmalarına Epigenetik Yaklaşım Prof. Dr. Sacide Pehlivan	46
Çocuk İstismarında Çocuk Psikiyatristlerinin Rolü Doç. Dr. Nusret Soylu	56
Çocuk İstismarında Adli Tıp Yaklaşımı Doç. Dr. Sadık Toprak	62
3. OTURUM: OLGU 1	66
Pediyatrik Yaklaşım Prof. Dr. Ayşe Kılıç	67

Radyolojik Bulgular	
Doç. Dr. Zuhul Bayramoğlu	71
Göz Bulguları	
Uzm. Dr. Nihan Aksu Ceylan	75
Adli Tıp Yaklaşımı	
Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger	80
Çocuk Psikiyatrisi Yaklaşımı	
Dr. Öğr. Üyesi İlyas Kaya	82
Sosyal Hizmet Yaklaşımı	
SHU. Kemal Güdek	86
Hukuksal Yaklaşım	
Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin	89
4. OTURUM: OLGU 2	95
Pediatristlerin Yaklaşımı	
Prof. Dr. Ayşe Kılıç	96
Genetik Yaklaşım	
Öğr. Gör. Dr. Ayça Dilruba Aslanger	101
Kadın Hastalıkları ve Doğum Yaklaşımı	
Uzm. Dr. Burçin Karamustafaoğlu	105
Adli Tıp Yaklaşımı	
Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger	108
Çocuk Psikiyatrisi Yaklaşımı	
Doç. Dr. Nusret Soylu	111
Sosyal Hizmet Yaklaşımı	
SHU. Kemal Güdek	114
Hukuksal Yaklaşım	
Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin	117
5. OTURUM OLGU 3	122
Pediatristlerin Yaklaşımı	
Prof. Dr. Ayşe Kılıç	123
Adli Tıp Yaklaşımı	
Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger	127

Çocuk Psikiyatrisi Yaklaşımı	
Doç. Dr. Nusret Soylu	130
Sosyal Hizmet Yaklaşımı	
SHU. Kemal Güdek	133
Hukuksal Yaklaşım	
Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin	136
2. GÜN 1. OTURUM	139
Fiziksel İstismar Bulgularında Ekstremitte Kırıklarına Yaklaşım	
Doç. Dr. Fuat Bilgili:	140
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Sigillere Yaklaşım	
Dr. Öğr. Üyesi Burçin Karamustafaoğlu Balcı	149
2. GÜN 2. OTURUM	155
Çocuk İstismarı İhmaline Yaklaşımında Çocuk İzlem Merkezleri'nin (ÇİM) Rolü	
Uzm. Dr. Ethem Erol	156
İstismara Uğrayan ve Suça İtilmiş Çocukların Topluma Kazandırılmasında Yapay Zekânın Rolü	
Dr. Öğr. Üyesi İnci Zaim	164
SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI ve ÇALIŞMALARI	175
Prof. Dr. Bülent Bayraktar Yalnız Değilsiniz Derneği	
<i>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı</i>	176
Eyüp Coşkun	
<i>Genç Gönüllüler Derneği</i>	181
Nadire Erman Özcan	
<i>Kız Çocuklarını Koruma Derneği</i>	185
Filiz Şen Erdoğan	
<i>Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfı</i>	189
Op. Dr. Petek Feriha Arıoğlu	
<i>Başlangıç Derneği</i>	191
Gürkan Kap	
<i>Bilinçli Aile Mutlu Çocuk Derneği</i>	195
Doç. Dr. Sevgi Usta	
<i>Akademide Çocuk Hakları Ağı</i>	199

1. GÜN

1. OTURUM

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Prof. Dr. Tufan Tükek

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Prof. Dr. Tufan Tükek:

Bu sene III. düzenlenen Çocuk istismarı, ihmeline ve önlemeye multidisipliner yaklaşım kursu tüm paydaşları bir araya getirmesi açısından çok önemli, bu konuda emeği geçen başta Prof. Dr. Ayşe KILIÇ olmak üzere tüm hocalarımızı ve düzenleme kurulunu kutluyorum. Hepimizin çok önem verdiği bu kurs çocuk istismarı ve ihmeline yaklaşımda önemli katkılar sağlayacaktır. Ayrıca bu konu ile ilgilenen katılımcıların deneyimlerini arttıracaktır. Bu konuda gerçekten önemli bir ihtiyacı karşıladığımızı da burada söylemek istiyorum. Elbette ki Çocuk istismarı ve ihmali, tek başına çocuk sağlığı hastalıklarının konusu değil; Paydaşların bir araya gelerek irdelenmesi ve önümüzdeki yıllarda özellikle geleceğimizi teşkil eden çocuklarımızın bu alanda ihmal veya istismarı konusunun engellenmesi bizim için toplum olarak özellikle ülkemiz için gelişmiş ülkeler normlarına geçebilmemiz adına son derece önemli. Bu konuda da sizi ve tekrar Çocuk Sağlığı Enstitüsü'nü İstanbul Tıp Fakültesi dekanı olarak kutluyorum ve hakikaten güzel bir toplantı olacağını biliyorum. Toplantımız için başarılar diliyorum. Hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Ümmihan İşoğlu Alkaç
İstanbul Tıp Fakóltesi Bařhekimisi

Prof. Dr. Ümmühan İšođlu Alkaç:

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi çatısı altında Çocuk Koruma Uygulama Araştırma Merkezi'ne, sahip olduğumuz ve bu merkezin çocuk istismarı ve ihmali başlığı altında çalışmalar yürütüyor olmasından ötürü duyduğum memnuniyeti ifade etmek isterim. Çocuk istismarı toplumların geneli açısından aslında son derece önemli bir konu. Bu hassas konuyu alanında yetkin konuşmacılarla iki gün süreyle son derece detaylı bir şekilde ve çoklu yaklaşımla ele alacak olan bu kursu düzenleyen merkez müdürü olarak Prof. Dr. Ayşe Kılıç ve düzenleme kurulunu yürekten kutluyorum. Son derece önemli katkılar sunacağına inandığım bir kursun etkin olacağını düşünüyorum.

Dünya Sağlık Örgütü; Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkileyen bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek uygulanan tüm kötü davranışları çocuğa kötü muamele olarak kabul ediyor. Çocuk istismarı denildiğinde toplumlar arası kültürel yaşamdan tutun da ekonomiye, bölgesel özelliklere göre birçok farklılıklar içeren bir kavramla karşılaşılmaktadır. Çok somut bir örnek verilecek olursa dünya genelinde cinsel istismarın %70 oranında 2-10 yaş arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Ülkemizde ise bu yaş altı yıl olarak bildirilmektedir. Yine cinsiyet açısından ele alındığında dünya genelinde kız çocuklarının erkek çocuklara göre 3 kat daha fazla cinsel istismara uğradığını görüyoruz. Ülkemizde ise erkek çocuklarının daha fazla cinsel istismara uğradığı konusunda bilgi var. Bu çok kısıtlı örnek bile aslında toplumlar arası cinsel istismar ve ihmaldeki farklılığı ortaya koymaya son derece önemli katkı sunacak diye düşünüyorum. Tabii ki bu konu uzmanlar tarafından kurs süresince ayrıntılarıyla adli, psikolojik, sosyolojik açıdan ele alınacaktır.

Ülkeler arası farklılıklar olduğu gibi her ülkenin ve toplumun bölgeleri arasındaki farklılıklar göz önünde tutulmalıdır. Hatta bir şehrin içinde bile bölgesel farklılıklar olabilir. Bu konunun uzmanı olmayan, dışarıdan bakan bir insan olarak çocuk istismarı ve ihmali önlemede sihirli bir anahtar var, diyebilirim: O da KOŞULSUZ SEVGİ. Yani bir annenin çocuğuna verebileceği koşulsuz sevginin bence toplumdaki birçok yaraya merhem olacağını, çocuklarda onarılmaz sonuçlar oluşturan birtakım travmatik durumların tedavisinde son derece etkili olacağını düşünüyorum. Bir diğer sihirli anahtar da bence hem anne hem de aile ortamındaki yakın bireyler tarafından çocuğa aşılacak olan iyi insan, iyi ve güzel ahlaklı olma duygularıdır. Bu anahtar kelimelerin her daim bizlere ve yetiştirdiğimiz çocuklara örnek olmasını diliyorum. Hepimiz için son derece verimli, başarılı, güzel bir kurs olmasını dileyerek sevgi ile kalın diliyorum. Hoşça kalın.

Prof. Dr. Zeynep Karakaş

İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Prof. Dr. Zeynep Karakaş:

Sayın hocalarım, sayın katılımcılar, Çocuk Koruma ve Uygulama Merkezi Müdürü Prof. Dr. Ayşe Kılıç hocam. Hepinize iyi günler diliyorum ve başarılı bir kurs olmasını temenni ediyorum.

Çocuklarımız bizim hayat projelerimiz. Belki de hayatımızın amacı. Ülkemiz için çok daha farklı bir anlamı var; ama özellikle dezavantajlı bir grup olan korunmaya muhtaç çocuklar bizim için çok önemli bir konu. Bu alanda çalışmak üzere İstanbul Üniversitesi'nin bünyesinde kurulan Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi çok önemli bir rol oynamaktadır. Çocuk Koruma Kanunu'na göre korunmaya muhtaç çocuk bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, istismar edilen ya da suç mağduru olan çocuk olarak tanımlanmıştır. Sağlık çalışanlarının profesyonellerin görevi bu konuda önderlik etmektir. Toplumun çok hassas olduğu bu konuda bize düşen çok görev var. Bu görevi başarıyla yapan arkadaşlarımı tekrar tebrik ediyorum ve bu multidisipliner yaklaşım, konusunun ele alınmasının çocuk istismarı ve ihmalini önlemede evdeki rolünün çok önemli olduğunu düşünmekteyim. Sevgi ve koruma duygusunun her insanda var olduğunu düşünerek bunun profesyonel bir şekilde çocukların yararına sunulması, eğitim yapılması çok önemlidir. Programa bakıldığında çok zengin bir içeriği bulunmaktadır. Bütün paydaşların katılmakta Pediatriden çocuk psikiyatrisine, ortopedi ve travmatoloji bölümlerine kadar alanında uzman olan kişilerin konuşmaları bulunmaktadır. Ayrıca hem devlete ait kurumlarda çalışan doktorlara hem de bu alanda emek veren sivil toplum kuruluşların yöneticilerine yer verilmiştir.

Prof. Dr. Gülbin Gökçay

İstanbul niversitesi ocuk Sağlığı Enstitüsü Müdürü

İTF Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Prof. Dr. Gülbin Gökçay:

Çok teşekkürler. Sayın hocalarım, değerli katılımcılar, Sayın Dekanım, Sayın Başhekimimiz, Sayın Enstitü Müdürüm, Sayın Hayati hocam, Sevgili Ayşe hocam ve düzenleme kurulu.

Gerçekten önemli bir konuda yapılan bu toplantı açısından sizleri kutluyorum. Çocuk istismarı nesiller boyu etkisi olan bir çocuk sağlığı, hatta toplum sağlığı sorunu. Çok hassas bir konu olması nedeniyle önlenmesi ele alınması çok kritik bir öneme sahiptir. Bu konunun iyi bilinmesi hem sağlık çalışanları hem de bu alanda çalışanlar açısından çok önemli. Bu nedenle bu alanda çalışanların multidisipliner yaklaşımı bilmesi gerekiyor. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü bu açıdan çok donanımlı, bir birikime sahip. Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü Prof. Dr. Ayşe Kılıç sosyal pediatri doktorasını ilk bitiren öğrencilerimizden. Bu konuda başarı ile bu alanda çalışmalarını sürdürüyor. Bu kurs da bu açıdan, multidisipliner birikimi ve yaklaşımı sunması açısından çok değerli olacaktır. Onun için tekrar Prof. Dr. Ayşe Kılıç'a, düzenleme kuruluna çok teşekkür ediyorum ve başarılar diliyorum.

Prof. Dr. Hayati Durmaz

İTF Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Hayati Durmaz:

Sayın Dekanım, Sayın Enstitü Müdürüm, Sayın Ana Bilim Dalı Başkanım, Sayın Başhekimim. Hepinizle böyle bir toplantıda buluşmaktan ben de çok onur duyuyorum.

Biz ortopedistler olarak istismar edilmiş, dövülmüş çocuklarla daha çok karşılaşıyoruz. Bu çocukları gördüğümüz noktada nasıl müdahalelerle olaya yaklaşacağımız ve travma geçiren her çocukta istismarın da olabileceğini aklımıza getirmemiz açısından bu kurslar bizlere çok şey öğretiyor. İkinci önemli bir nokta, bu konunun toplumda çok istismar edilmiş olmasıdır. Bu konu ele alınırken alt yapısı güçlü, uzman kişilere gereksinim var. Ben de bu açıdan bu merkezi ve düzenlediği kursları çok önemsiyorum. Çalışmalar için Ayşe hocama da çok teşekkür ediyorum. Biz de Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin kuruluşundan bu yana Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim dalı olarak gücümüz yettikçe hep kendisinin yanında olmaya çalışıyoruz. Diğer bir şansımız da çocuk kliniği ile çok iç içe bir anabilim dalı haline gelmemizdir. Bundan da çok mutluyuz. Onun için ben de düzenlenen kurs dolayısıyla bütün katılımcılara ve sizlere hem çok teşekkür ederim hem de saygılarımı sunarım.

**İstanbul Üniversitesi Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma
Merkezinin Faaliyetleri**

Prof. Dr. Ayşe Kılıç

*İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Çocuk
Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü*

Prof. Dr. Ayşe Kılıç:

Sayın Dekanım, Sayın Başhekimim, Sayın Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürüm, Sayın Anabilim Dalı Başkanım ve Sayın Çocuk Sağlığı Enstitüsü Müdürüm Gülbin Gökçay hocam.

Çocuk istismarı, birçok karmaşık nedenleri olan trajik sonuçları bulunan özellikle sosyal, hukuki, psikososyal çok ağır sonuçları bulunan karmaşık bir durumdur ve toplumun en önemli sorunlarından bir tanesidir. Çocuk istismarı; duygusal, fiziksel, cinsel, ekonomik istismar ve ihmal olarak sınıflanabilir. Ayrıca bunların içerisinde ekonomik istismar olarak adlandırdığımız çocuk işçiliği günümüzün en önemli sorunlarından birisidir. İhmal ise çocukluktan erişkinliğe kadar geçen süreyi kapsayan önemli sorunlara neden olan bir durumdur.

Çocuk istismarı ve ihmalinin dünyadaki sıklığına bakacak olursak Dünya Sağlık Örgütü küresel verilerine göre; tüm dünyadaki kadınların yaklaşık %30'unun erkeklerin ise % 5 ile 20'sinin cinsel istismara, yine çocukların da çocukluk dönemi esnasında yüzde 25'i ile 60'ına yakınının fiziksel istismara maruz kaldığı gösterilmektedir. Çocuk istismarının ve ihmalinin önlenmesinde primer, sekonder ve tersiyer korumanın çok önemli olduğunun bilincinde olarak İstanbul Üniversitesi Rektörümüz Prof.Dr.Mahmut Ak tarafından 2018 mayıs ayında Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi kuruldu. Yönetim kurulu üyelerimiz ve danışma kurulu üyelerimizle birlikte faaliyetlerimizi sürdürmekteyiz. Merkezimizde öncelikle, fiziksel, cinsel istismara maruz kalan ve ihmal edilen çocuklar değerlendirilmekte, çocuklara ve ailelere gerekli tıbbi, sosyal ve psikolojik destek verilmektedir.

Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin misyonu, her türlü istismardan uzak çocukların ve gençlerin yetiştirilmesidir.

Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin vizyonu, çocuk istismarı ve ihmali önlemek amacıyla ortak bir dil üzerinden yola çıkarak, farklı anabilim dalları ile beraber çalışmayı, istismara uğrayan ya da istismar şüphesi olan vakaların tanısının ve tedavisinin yapılmasına yardımcı olmak, istismara uğrayan çocukların tedavi sürecindeki izlemlerinin yapılmasını sağlamayı, yaşadıkları travmaların üstesinden gelmelerine yardımcı olmayı, kaliteli yaşam alanları yaratmak için gereğinin yapılması doğrultusunda başvurularda bulunmayı ve topluma sağlıklı bireyler kazandırmayı, çocukların istismar ve ihmalden korunması için devlete bağlı kuruluşlar ve sivil toplum kurumları ile iş birliği yaparak projeleri hayata geçirmeyi hedeflemektedir.

Kuruluşumuzdan bu yana yapılan aktiviteler özetle şu şekildedir: Bu zamana kadar 95 istismar ve ihmal olgusu merkezimizde değerlendirilmiştir. 45'inin sosyal inceleme değerlendirilmesi yapılarak, haklarında sağlık ve koruma tedbir kararları alınmıştır, olguların halen izlemi yapılmaktadır. 2018 ve 2019 yıllarında öğrenciler, uzmanlar ve çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili meslek elemanlarına yönelik kurslar düzenlenmiş, atölye çalışmaları yapılmıştır. Mahremiyet Eğitim Tiyatrosu, Anadolu Eğitim Platformu ile yapılan çalışmalarda farklı il ve ilçelerde sahnelenmiştir. Kız Çocukları Koruma Derneği ile 'Bilinçli Aile Güvenli Çocuk' toplantısı düzenlenmiştir. Akademi Çocuk Hakları Ağı adı altında Türkiye'nin önemli üniversiteleri ile birlikte Çocuk Hakları konusunda çalışmalar ve iş birliği yapılmaktadır. Bilimsel Araştırma Komisyonu TÜBİTAK projeleri hazırlamıştır. 2-5 Eylül 2018 tarihleri arasında düzenlenen ISPCAN kongresinde poster sunulmuştur.



Bize bu fırsatı verdiği için İstanbul Üniversitesi Rektörümüz Sayın Prof.Dr.Mahmut Ak'a, dekanımız Prof. Dr. Tufan Tükek hocamıza, Başhekimimiz Prof. Dr. Ümmihan İşoğlu Alkaç'a, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürümüz ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Zeynep Karakaş'a ve yine yetişmemde çok emeği geçen Enstitü Müdürümüz Sayın Prof. Dr. Gülbin Gökçay'a ve tüm düzenleme kuruluna, benimle beraber bu konuda emek veren, birlikte raporlar yazıp çocukları korumaya alan sosyal hizmet uzmanlarımıza ve tabii ki bu kursa çok büyük ilgi duyan tüm katılımcılara çok teşekkür ediyorum.

Çocuk İstismarını ve İhmalini Önlemede Anne-Baba Eğitimi

Prof. Dr. Figen Şahin Dağlı

Gazi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri

Prof. Dr. Figen Şahin Dağlı:

Merhaba. Günaydın. Öncelikle çok teşekkür ederim. Bugünler değişik zamanlar, zor zamanlar fakat çalışmayı hiçbir şekilde aksatmayan, çocukları korumak için daha verimli, daha iyi bir şeyler yapmak için çalışan bütün düzenleme kuruluna başta Ayşe hoca olmak üzere teşekkür ediyorum. Tabii beni davet ettikleri için de. Ben bir süredir aile eğitimlerini önemini daha da iyi fark etmiş olarak aile eğitimleri üzerine çalışıyorum çocuk istismarının önlenmesinde. Bugün sizlerle biraz neden aile eğitimleri yapılmalı ve biz neler yapıyoruz kısaca onlardan söz edeceğim.

Şimdi şöyle başlayayım istiyorum, çocuk hakları ile. Dünya biliyorsunuz 1989'da Çocuk Hakları Sözleşmesi ile çocuklara bir söz verdi. Yaşama ve gelişme haklarınızı koruyacağız, öğrenmeniz, büyümeniz sesinizin duyulması, tüm potansiyelinize ulaşmanız için ne gerekiyorsa yapacağız dedi. Türkiye de bu sözleşmeyi imzalayan ülkeler arasında ve bunun için ne gerekiyorsa yapacağız diyor bütün dünyada. Bir şeylerle uğraşılıyor ama gerçekten ne gerekiyorsa henüz yapmış durumda mıyız birlikte tartışalım. Yine hepimizin bildiği özellikle bir madde var ki biz çocuk koruma alanında çalışanlar için önemli: çocuğun şiddetten korunması hakkı, madde 19, diyor ki çocukları fiziksel, duygusal her türlü şiddetten korumak, cinsel istismarı önlemek, ihmal edilmelerini önlemek için gerekli her türlü önlemi almak gerekir. Bu maddenin içinde diyor ki çocuklar ailelerinin yanında ya da diğer bakım veren kişilerin yanında olsalar da devletin görevi bu, eğer çocuklar buralarda şiddete uğruyorsa bunu önlemek için her türlü gereken her şey yapılmalıdır. Bunun için de diyorlar ki koruyucu önleyici çalışmaların başında çocuğa ve bakım veren kişilere gerekli desteği sağlamak gelir.

Başka önemli çalışmalar tabii ki var. İstismara uğrayan çocuğu, riskli çocukları saptama, bildirme, tedavi etme gibi ama ben bugün şu kısım üzerinde duracağım. WHO 2006 yılında bir rehber çıkarmıştı, benim de yönetim kurulunda olduğum Uluslararası Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği'nin Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte yaptığı bir rehber. Çocuk İstismarını Önlemek diye. Burada şöyle bir yaklaşımdan söz ediyor. Problem ne? Bunu gözleyeceğiz. Risk faktörlerini belirle, koruyucu önleyici faktörleri belirle. Yani bu probleme neden olan şeyler ne? Buradan nasıl korunmasını sağlayabiliriz? Buna uygun eylem geliştir ve bunları uygula. Şimdi bu açıdan bakacak olursak sorunumuz ne? Çocuk istismarı ve ihmali. Bildiğimiz tanımı; bir sorumluluk güven ya da güç ilişkisi bağlamında çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ya da onuru açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak sonuçlar verebilecek her tür fiziksel ve

veya duygusal kötü muamele veya ticari amaçlı veya cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranış.

Nedenleri nedir diye baktığımızda tek bir neden yok. Çok iç içe geçmiş halkalardan oluşan nedenler var. Şimdi bir çocuğun, oradaki çocukla beraber yaşayan kişilerin demografik durumu, yaşları, eğitimi, engelli olup olmaması. Buradaki kişisel özellikleri içinde özgüveni ve kişisel dayanıklılığı. Benim konuşmamda vurgulayacağım şeylere biraz daha burada vurgu yaptım.

Bir sonraki dairenin içindeki aile, o aile ile olan ilişkilerin kalitesi, güvenli bağlanma burada önemli. Sonra yaşadığı alandaki etmenler. Bu toplumun nasıl bir toplum olduğu. Geniş topluma baktığımızda da işte o toplumda bir silahlı çatışma mı var, sosyal kültürel normlar nasıl, beden ruh sağlığı nasıl, ekonomik durum, kaynaklar, eğitim nasıl. Bütün bunlar nedenlerin içinde sayılıyor ve buna özel geliştirilecek eylemler de şöyle, 3 madde:

Bir, bütün genel topluma yönelik yapılabilecek eylemler. İkincisi daha hassas, risk taşıyan topluluklara yapılacak eylemler. Üçüncüsü de şiddete uğramış çocuklara özel yapılacak eylemler.

Yine vurgulamak istediğim yeni bir kaynak var. Şurada gördüğümüz bütün dünyadaki büyük kuruluşların birlikte ortak bir rehber olarak çıkardıkları INSPIRE diye, aslında bir akronim INSPIRE. 7 stratejiden bahsediyor çocuklara yönelik şiddeti sonlandırmak için ve burada da bunlardan biri gördüğümüz gibi anne babayı desteklemek. Diğerleri kanunların yapılması, o toplumdaki normların ve değerlerin uygun hale getirilmesi, çocuklar için güvenli çevreler oluşturulması, ailenin ekonomik gelirini arttırmak, bir istismar durumu olduğunda buna nasıl müdahale edileceği ve nasıl destek verileceği ile ilgili politikalar bir de eğitim ve yaşam becerilerini çocuklara öğretmek. Dediğim gibi benim bugünkü konuşmamda ben bu aile desteği/ aile eğitimi kısmında kalacağım.

Neden aile? Çünkü şu soruyu sorduğumuzda hemen zaten cevabı belli. İstismarın en sık yaşandığı yer, fiziksel, duygusal olarak, tahmin edeceğimiz gibi ev. Ailesinin içi ve bu şiddeti çocuklar disiplin ya da terbiye hakkı başlığı altında görüyorlar. Gerçekte disiplin her ne kadar bizde böyle olumsuz bir izlenim uyandırsa da ta okullardaki disiplin kurullarından beri, düzeni sağlamak için oluşturulmuş kurallara uyulmasını sağlamaktır aslında. Bunu yapmanın zorlayıcı olduğu gibi zorlayıcı olmayan yöntemleri de var ama çok sıklıkla kullanılan zorlayıcı disiplinlerden biri fiziksel ceza, (corporal punishment) diye geçer. Bizde de sıklıkla bu da istismar sayılmaz canım işte her çocuk bir iki tokat yer, dayak bir istismar değildir görüşü yaygın. Hani

normlar ve değerler dedik ya, bizde de bu çok yaygın. Böyle bir şey var. Bu istismar mıdır, aradaki çizgi nerede? Pediatrics'te çıkan bir makalede, hangi şiddetteki bir fiziksel cezaya, bedensel cezaya istismar diyebiliriz dendiğinde diyor ki; vücutta hemen geçmeyen, belki 24 saate kadar kalan bir iz kaldığında buna fiziksel şiddet diyelim. Ama gerçekte de bakınca aslında fiziksel ceza olumlu bir disiplin yöntemi değil. Evet olumsuz davranışı bir süre için durduruyor ama bu bir kısa süreli etki, çocuk korktuğu için durduruyor bunu ve zamanla bu etki azalıyor. Aynı etkiyi yaratabilmek için şiddetin dozunu artırmak gerekiyor. Yani bir tokatla durdurduğu zaman iyi belki, değil ama işte nispeten iyi, ama daha sonra çocuk tokattan korkmamaya başlıyor, daha şiddetli bir şey oluyor. Çocuk aynı zamanda dayak yiyerek kızılıp bağırlığı zaman ben kötüyüm duygusuna kapılıyor ve bunu içselleştiriyor. Ben kötüyüm diye düşünen bir çocuk sonra davranış sorunları çıkarmaya devam ediyor. Benim buna ilişkin böyle bir aile eğitimi yaparken yıllar önce Ankara'nın gecekondu semtlerinden birinde, anne diyor ki işte çocuk çok yaramazlık yapıyor, dayanamıyorum dövüyorum. Peki dövünce daha iyi oluyor mu demiştim. Hep onun sözü aklıma gelir “yok dövdükçe daha beter oluyor dövdükçe daha beter oluyor” demişti. Çünkü çocuk artık ben kötüyüm deyip o kötü davranışı kendi normal haline getiriyor. Tabii ki ebeveyn çocuk ilişkisinin kalitesi düşüyor. Uzun evrede de olumsuz etkileri görülüyor. O çocuklar ya şiddete daha eğilimli oluyorlar ya ruh sağlığı sorunları yaşıyorlar.

Bir de aslında bu makalede bunlar üzerinde durulmuş. Bir de şunu biliyoruz ki aslında öğretmek istediğimiz şey yani o kurallara uyulması gerektiği bir içsel disiplin, öz disiplin meselesi. Oysa ki zorlayıcı ceza ile fiziksel ceza ile bunu yaptığımızda olan şey korku, o korku olduğu sürece doğru davranışı yerine getiriyor çocuk ve daha sonra büyüdüğünde erişkin olduğunda da bu böyle sürüyor. Bunu toplumun her kesiminde görmek de mümkün. Yani cezalandıracak biri yoksa o zaman her türlü yanlışın yapılabilir olduğu düşüncesi bu tarz yetiştirilmenin bir sonucu. Eğer gerçekten kötü davranışın neden kötü olduğunu anlayıp onu öz disiplin olarak içsel disiplin olarak geliştirirse çocuk kontrol eden biri cezalandıran biri olmasa da yanlış yapmamaya daha eğilimli olur.

Sonuç olarak çocuk hakları bakış açısından bakarsak, dayak fiziksel istismar sayılır mı sayılmaz mı sorusunun cevabı; fiziksel ceza zararlıdır. Adli olarak istismar değil belki, yasal olarak ceza almasa bile şunu biliyor olmalıyız hepimiz çocuk hakları savunucuları olarak, fiziksel olarak yara bırakmasa da duygusal olarak yara bırakan bir şey fiziksel ceza. Şunun hiç garantisi yok bugün hafif bir yaralanma ile geliyor ya da yaralanma olmadan geliyor bakıyorsunuz çocuk ama aileden şiddet gördüğünü söylüyor. Yarın çok daha ağır bir yaralanma ile

gelebilir. Bu tarz yetiştirilişin çocuğun gelişim ve psikolojisine olumsuz etkileri vardır ve çocuklarda davranış sorunlarına yol açar.

Zorlayıcı disiplinin ikinci formu ki çok çok çok yaygın, çocuğunu hiçbir şekilde istismar etmediğini, fiziksel olarak dövmediğini söyleyen iyi eğitilmiş ailelerde de aslında çok fazla. Psikolojik kontrol ya da duygusal istismar yine bu da. Mesela çocuğu utandırmak. Çok ayıp, ne yaptın sen öyle, hiç utanmadın mı? Yine çok sık olanlardan biri koşullu sevgi. Yaramazlık yaparsan seni sevmem sonra, senin annen olmam gider başka çocuğun annesi olurum. Bu bir çocuğun hayatında aslında ancak iyi çocuk olursam sevilirim duygusu, yani ben zaten değerliyim, ne olursa olsun değerliyim yeterliyim değil de şunu şunu iyi yaparsam değerli olurum duygusu bütün hayatını etkileyen bir şey. Kardeşiyle veya başka çocuklarla karşılaştırma var. Ahmet annesini hiç üzüyor gördün mü sen ne kötüsün, bak kardeşin ne çalışkan falan gibi başkaları ile karşılaştırma. Her çocuk kendine özel. Okullarda zaten çok karşılaştırma yapılıyor. Yetiştirilirken de bak o ne uslu sen böylesin. O çocuğun kişilik özellikleri başka bu çocuğun ki başka. Kendini olduğu gibi kabul etmesini engelleyen bir davranış.

Bir de burada aslında zorlayıcı disiplin içinde belki daha kenarda duruyor ama yine çocuğun yetişmesine ve özgüvenine etki eden yanlış bir davranış: Aşırı koruyuculuk. Yani çocuğun kendi kendine hiçbir sorunu çözmesine izin vermeyip yani bırakmayıp çocuğa, onu her şeyi ile korumak. İşte arkadaşın sana kötü davranırsa gel bana söyle, ben gider onun annesi ile konuşurum hallederim gibi. Hani çocuğun bir arkadaş sorununu bile kendi kendine çözmesine izin vermeme. Bunlar da yine çocuğun gelişimini etkilerken hem aile içindeki istismara hem de dışarıdan gelebilecek istismarlara karşı kendisini korumasını güçleştiriyor.

Bu psikolojik baskı veya duygusal istismar nasıl bir etki yapıyor çocukta? Son yayınlardan biri 2019'da çıkmış, duygusal istismarın depresif semptomlarla ilişkisine bakan. Depresyon çok yaygın bu çocuklarda, dediğim o “ben değerliyim ben yeterliyim” duygusu gelişmediği için “ancak şunu şunu yaparsam değerli olurum”, işte başarısız oldum, depresyon. Duygu düzenlemesi bozuklukları, emosyonel disregülasyon çok sık ve kişilerarası ilişkilerde de sorunlar yaşıyorlar.

Burada karşımıza olumlu ebeveynlik geliyor. Olumlu ebeveynlik nasıl etki ediyor ki çocuğu istismardan da koruyor? Olumlu ebeveynlik Avrupa Konseyi tanımına göre “çocuğun üstün yararını gözetken ebeveynlik tarzı”. Yani sonuçta olan şey çocuğun üstün yararı kısmı. Besleyici, geliştirici, güçlendirici, doğru şekilde çocuğu yönlendirici ve çocuğa sınırlarını da öğretme yöntemleri. Olumlu ebeveynlik çocuğun her istediğini yapmak, ona böyle her zaman çok

yumuşak davranmaktan daha öte bir şey. Evet şefkatli, sevgi dolu, onu besleyici, güçlendirici ama sınırlarını da öğreten, yapabileceklerini yapamayacaklarını gösteren, çocuğun kendi gelişimini sağlamasını, potansiyeline ulaşmasını sağlayan bir ebeveynlik tarzı. Bu çok özel bir şey.

Buradaki önemli etmenlerden biri empati ve çocuğun gereksinimlerine cevap vermek. Bu yine yabancı kaynaklarda “responsive parenting” ya da “sensitive parenting” diye geçiyor. Yani o çocuğa özel gereksinimlere cevap vermek. Empati yaptığımız zaman biz çocukla, çocuk da bizi rol model olarak o da kendi duygularını anlıyor ve kendi duyguları ile baş etmeyi, duygularını kontrol etmeyi de öğreniyor. Aynı zamanda erişkinlere güvenmeyi. Bağlanma kavramı çok önemli çocuk gelişiminde. Empati ile yetiştirilen, ihtiyaçlarına zamanında ve uygun şekilde cevap verilen çocuklarda bağlanma da tam oluyor. Bağlanma, psikolojideki nispeten yeni kavramlardan. John Bowlby tarafından tanımlanmış. Bowlby diyor ki evrimsel bir yönü var, yaşama tutunmayı kolaylaştıran bir şey. İnsanlar arasında süregelen bir bağlantıyı oluşturan bir kavram. Bizim ilk bağlanma deneyimlerimiz de erken çocuklukta bakım veren kişiyle olan ilişkimize dayanıyor yani ilk o bakım veren kişi ile, genellikle anne bu kişi, eğer güvenli bir bağlanma sağlandı ise o zaman hayattaki diğer ilişkiler, o süregelen yaşamdaki bütün ilişkilerde işler daha kolay gidiyor.

Üç tip bağlanma var güvenli, güvensiz ve dezorganize diye.

Güvenli bağlanma işte bu erken dönemde, ağıladığında, kendi ihtiyaçlarını kendi dilinde bebek ifade ettiğinde ona uygun cevaplar verilmesi ile gelişen, yani sonuçta “bu dünya güvenli bir yer ben ihtiyaçlarımı ifade ederim ve o zaman da insanlar bunu karşılar” ya da işte “bana bakım veren kişiler bunu karşılar” duygusunu edinmesi çocuğun. Temel güven duygusu oluşuyor.

Güvensiz bağlanmanın iki tipi var. Biri böyle ambivalan inişli çıkışlı, biri de kaçınan. Öyle güvensiz bağlanan kişiler ya insanlarla arasına çok mesafeler duvarlar koyuyorlar, ya güvensiz bir öyle bir böyle ilişkiler kuruyorlar.

En son bu üçüncü tip de daha yeni tanımlanmış bir tip. En ağır olanı, dezorganize. Çok daha uygunsuz şekilde bağlanıyor ve ilişkilerde sorun oluyor. Bizim bu konuda sevgili Mutlu Karakaş'ın bir doktora tezi vardı, 2018'de tamamladı. Annelerin çocuklukta deneyimleri kendi bebekleri ile olan bağlanmaları etkiliyor mu diye bakmıştık. Çok emek harcanan bir çalışma olmuştu: çocukların bağlanmalarını, “yabancı durum testi” ile değerlendiren bir çalışmaydı. Şunu gördük kendi çocukluğunda istismar ihmal öyküsü olan annelerin bebeklerinde

güvenli bağlanma da daha az, %66'sı bağlanıyordu ama kendi çocukluğunda böyle bir öykü yoksa annelerde, çocukların güvenli bağlanması %81'e çıkmıştı.

Burada söz etmek istediğin bir kavram daha var. Duygusal dayanıklılık diye tercüme edildi yabancı kaynaklarda “resilience” diye geçen bir kavram. Bu da yine son yıllarda özellikle aile eğitimlerinde çok üzerinde durulan ve hani çocuklarda gelişmesini istediğimiz, bunu nasıl geliştirebiliriz diye bakılan bir kavram. Hayatta karşımıza birtakım zorluklar çıkıyor aksilikler çıkıyor, bu kaçınılmaz. Bunlarla başa çıkma yeteneği. Bazı insanlar başına olumsuz bir şey geldiğinde yıkılıyor, devam edemiyor, intihara yatkın oluyor, kendine zarar verici şeylere kapılıyor. Bazıları ise düşüyor tekrar kalkıyor ve hayatına kaldığı yerden devam ediyor. Her şeyi gerekirse yeni baştan alıyor. Bu bazı kişilik özellikleri ile bağlantılı: umutlu olmak, iyimserlik, özgüven sahibi olmak gibi. Mutlulukla çok doğrudan ilişkili. Bu araştırma yani bir genetik özellik mi yoksa yine yetiştirilmiş tarzı acaba, duygusal dayanıklılığa katkıda bulunuyor mu diye. Evet mizaç özelliklerinin her şeyde olduğu gibi bir etkisi var. Çocuğun ailesinden aldığı bir takım genetik özellikler ama erken çocukluk dönemindeki çevresel etmenlerin çok önemli olduğu ve sıcak destekleyici ebeveynliğin yine burada çok faydalı olduğu gösteriliyor.

Fiziksel istismar ve duygusal istismarda kavram biraz daha oturdu. Zaten ailenin içinde en çok fiziksel istismar ve duygusal istismar oluyor. Eğer aileye biz olumlu ebeveynlik yöntemlerini öğretirsek çocukların bu ailede karşılaşacakları fiziksel ve duygusal istismar muhtemelen en aza inecektir. Aynı zamanda bu çocuklar daha duygusal dayanıklı çocuklar olup daha özgüvenli olacakları için dışarıda da bu istismara uğrama potansiyellerini azalmış olacak. Peki olumlu ebeveynlik çocuk cinsel istismarını da önleyebilir mi? Özellikle cinsel istismarı önleme konusunda biliyorsunuz en çok çocuklara bir şeyler öğretme, çocuğa kendini korumayı öğretme, okul temelli çalışmalar gibi şeyler yapılıyor. Burada da Child Maltreatment'ta çıkan en son 2018'deki bir yazı şunlara vurgu yapıyor. Evet, olumlu ebeveynlik yapan ebeveynler çocuklarının cinsel istismarını da önleyebilir. Bir bu ebeveynler çocukların zaten yanında oldukları için koruyabilme potansiyeli vardır. Gerçi bu tabii hiçbir zaman %100 değil çünkü hiçbir zaman çocuklarımızın %100 yanında olmuyoruz, yani ben her zaman çocuğumu korurum, hep onun yanında olacağım diye bir şey söz konusu değil. O zaman ikinci bir şey ki bu çok daha önemli bence, çocukların özgüvenini yeterlilik hissini, becerilerini geliştirmelerine yardımcı olunca onları istismarcıların hedefi olmaktan koruyorlar. Çünkü aslında biliniyor ki cinsel istismarda özellikle pedofiller bu işi planlı programlı olarak yapan erişkinler, özgüveni düşük çocukları hedef seçiyorlar çünkü o çocuklar ailede sevgi şefkat ortamı görmedikleri için çocuk cinsel istismarcıları çoğu zaman çocuğu zorla kaçıran, canını acıtan, ona tecavüz eden kişiler

değil, çocuğu tatlılıkla kandırıp onunla arasında ilişki geliştiren, gel sana bilgisayar kullanmayı öğreteyim, sana derslerinde yardım edeyim falan gibi, ailede bulamadığı sıcaklığı şefkati ona göstererek çocukları kandıran kişiler. Ama eğer bir çocuk özgüvenli ise ailede zaten o sevgi şefkat ortamını yaşıyorsa ve doğrular öğretildi ise kendini koruma anlamında işte özel bölge vesaire o istismarcıların hedefi olma ihtimalleri düşüyor. Hayır demeyi öğrenmiş olan çocuklar bizim genelde “çocuklar büyükler ne isterse yapar, büyüklere saygılı ol hayır deme” falan gibi eğittiğimiz çocuklar. “Sana yanlış gelen bir şeye karşı çıkabilirsin, hayır diyebilirsin” diye, demokratik bir ortamda kendine söz söyleme hakkı tanınmış çocuklar istismarcıların hedefi çok olmuyorlar.

En kötü durumda da eğer çocukları bir şekilde istismara uğradığıysa da bu tarz bir ebeveynin doğru yaklaşım sergilemesi de çok önemli. Çocuğu suçlamadan, çocuğun yıkılmasına, “hayatım mahvoldu” gibi bir ruh haline girmesine izin vermeden gerekeni de yapabilen ebeveynler oluyorlar. Bu açılardan olumlu ebeveynlik tüm istismar türlerinde çocuk istismarını önleyebilir diye düşünüyoruz.

Klasik 3 ana model var ebeveynlikte. Biri otoriter model, biri aşırı hoşgörülü aşırı izin verici model, biri de gereksinimlere duyarlı demokratik model yani “responsive parenting” diye geçen.

Otoriter ebeveynler bizim bir nesil öncesinde daha sık diyebileceğim geleneksel, anne baba ne derse o olur, çocuklar itaat eder denen aile türü, özellikle baba otoritesinin çok vurgulandığı. Beklentiler yüksektir ama çocuğa bu anlamda destek daha azdır. Şunu şunu yap diye kurallar konur ve çocuğun gereksinimlerine duyarlılık azdır, anne babanın söylediği yapılır, çocuğun orada neye gereksinimi olduğu çok göz önüne alınmaz. Bir hata yaparsa çocuklar sert olarak cezalandırılır ve bu tip ailelerde fiziksel ceza da sıktır. Fiziksel ceza yoksa bile bağırma azarlama oldukça sıktır.

Bu tarz ebeveynliğin sonuçlarında iki farklı uca gidebiliyor çocuklar, ya daha saldırgan, şiddetle sorunlarını çözme eğilimi olan çocuklar, ben yeterince güçlü olunca benim istediğim olacak modeliyle yetişiyor çünkü, ya da bazıları korkak, çekingen, kendi fikirlerini söylemekten çekinen, sıklıkla özgüvenleri düşük, sosyal becerileri kısıtlı, bir de öfkelendiklerinde kendilerini kontrol etme becerileri az olan çocuklar oluyor. İçlerinde çok büyük bir öfke taşıyorlar genellikle. Ya bunu susarak, çekingen olarak bastırıyorlar ya da saldırgan davranışlar şeklinde ortaya çıkabiliyor.

Her ne kadar öbürü kötü gibi görünse de belki daha da kötü, çocuğu hayata daha az hazırlayan bir ebeveynlik tarzı var şimdi. Bir uçtan öbür uca savruldu çünkü ebeveynler. Bu nesilde daha çok görüyoruz, aşırı hoşgörülü ebeveynler. Bunlar ben çocuğumu hiç üzmeyeceğim, hiç ağlatmayacağım ne isterse yapacağım diyen ebeveynler. Rahmetli Atalay Yörükoğlu hocamız bunlara çocukerkil aileler diyordu. Bu ailelerin çocuklarından talepleri çok az, hiç kural yok, sınır yok. Ebeveyn değil de arkadaşlar çocukla, çocuk istediğini yapıyor, arkadaşına davrandığı gibi davranıyor. Çocuğu iyi davranışa yöneltmek için rüşvet diyebileceğimiz, işte bak şunu yaparsan sana bunu alırım gibi ödülden farklı bir yöntem kullanıyorlar. Oyuncakları, hediyeleri, yiyecekleri sunuyorlar: çikolata vereceğim sana yemeğini yersen gibi. Çocuk yanlış bir şey yaptığında bunun sonucunu yaşamıyor; oysa ki en önemli öğrenme yöntemi bir hata yaptığımızda o hatanın sonucunu yaşamaktır. Bunu yaşamasına izin vermeden, örneğin ödevini yapmıyor, normalde gidip öğretmeninden bunun sonucunu yaşayacakken, işte notu düşecekken falan annesi diyor ki işte çocuk zarar görmesin beraber yapalım, ben onun yerine yapayım gibi. Sonuçta bu çocuklar bir kere düşük akademik başarılı çocuklar oluyorlar. Karar verme, sorun çözme yetenekleri çok sınırlı oluyor. İstediklerini elde edemediklerinde yani engellemeyi ve engellemenin yarattığı hayal kırıklığı, öfke gibi duygularla baş etmeyi öğrenmediği için saldırgan davranışlı oluyorlar. İstediklerini elde edemediklerini de ne yapacaklarını bilemiyorlar. Sınır bilmiyorlar. Başkalarının haklarına saygı göstermiyorlar. Sorumluluklarını bilmiyorlar. Zamanlarını ve alışkanlıklarını yönetmiyorlar. Bu çocuklarda bağımlılık, madde kullanımı riskinin daha yüksek olduğu gösteriliyor. İstemediği olduğunda kendini kontrol edemiyor. Hani bu 2 yaş çocuğunda sık ama daha büyüdüğünde kendi kontrollerini yapabilir, duygularını kontrol edebilir ve hayal kırıklıkları ile baş edebilir olmasını istiyoruz.

Duyarlı ebeveynlikte ise yine ailelerin koyduğu standartlar var, beklentileri ve standartları yüksek ama bu arada doyurucu ve duyarlı bir ilişki olduğunda çocuğa ayrı bir birey olarak saygı gösterildiğinde çok farklı bir ilişki oluyor. Çocuk bir birey olduğunu biliyor. Kendisine saygı gösterildiğini biliyor, değerli olduğunu biliyor. Bağımsız davranabiliyor çünkü bu ebeveynler çocuklarının aslında bağımsızlıklarını destekliyorlar. İtaat etmesini değil, kendi kararlarını kendisinin vermesini bekliyorlar ve onlara öz disiplini öğretiyorlar. Dediğim gibi korkutarak, döverek ya da azarlayarak yapıldığında öz disiplin değil de annemi babamı kızdırmayayım diye dış kontrollü disiplin gelişiyor. Oysa ki neden ödevini yapman gerekiyor, neden babanın cebindeki parayı almaman gerekiyor gibi, bunların nedenlerini sonuçlarını anlatarak öğrettiklerinde bu çocuklar öz disiplin sahibi oluyorlar. Olgunlaşıyorlar. Başkalarına karşı saygıyı öğreniyor-

lar. Burada bebeklikten itibaren ihtiyaçlarına duyarlı, sıcak ebeveynlik zaten güvenli bağlanmayı da destekleyen bir şey ve çocuğun içsel sorunlar (depresyon anksiyete gibi) yaşamalarına engel olan bir tarz olduğu söyleniyor.

Duyarlı ebeveynlikteki temel bileşenler şuradan geçiyor. Bir kere çocuğun gelişimini bilmek ve desteklemek yani bebeklikteki özellikleri ilk üç aydaki çok ağladığı, 1-3 yaş arasında inatçı olduğu, huysuz olduğu gibi. Bu gelişim dönemlerinin özelliklerini bilirse ona uygun davranıyor. Bir de her çocuğun gereksinimlerinin farklı olacağına farkında olmak. Bu çok önemli. İlk ocuğum hiç böyle değildi bu niye böyle yapıyor? Komşunun çocuğu bütün gece uyuyor benimki niye böyle falan gibi. Başkaları ile karşılaştırmadan her çocuğun kendine özel olduğunu kabul etmek. Çocuğun kendisi ile ilgili kararlarını da desteklemek, güçlendirmek. Her ocukta olduğu gibi bu çocuklarda da olumsuz davranışlar, zorlayıcı davranışlar olacak. Bunu olumlu yöntemlerle şekillendirmek. Olumlu ebeveynlik yöntemleriyle yani işte olumlu davranıldığı zaman onu övmek, göz önüne getirmek, olumsuz davranışı bilinçli bir şekilde görmezden gelerek, onun üzerinde durmayarak o davranışın sönmesini sağlamak yöntemlerden biri. Bir sorun yaşandığında bunu şiddete dayalı olmayan bir şekilde çözmek. Çünkü yine çocukların en önemli öğrenme tarzı modelleme. Eğer siz çocuğunuz yaramazlık yaptığında ya da işte size kötü gelen bir davranış yaptığında bağılıyor, çağırıyor, dövüyorsanız o da kendi sorunlarını ileride şiddete dayalı olan yöntemlerle çözüyor. Ölçülü koruyuculuk da duyarlı ebeveynliğin bir parçası. Çocuğun güvenliğini sağlayacak önlemler tabii ki alınacak risk etmenleri azalacak ama ocuk adına her türlü şeyi onun adına yapmak değil, kendisine alan açıp onun kendisini de korumasını sağlamak.

Çevresi ile de iyi ilişkiler içinde olan bir aile olmak yine çocuğun rol modeli almasını kolaylaştırıyor. Başka insanlara ailesinin nasıl davrandığı, saygı ilişkileri, kibarlık gibi şeyleri de oradan öğreniyor.

Vurgulamak istediğim bir şey var, ebeveynlerin ruh sağlığı yani kendilerinin de özgüvenli, duygusal dayanıklılığı olan kişiler olması, sorunlarla baş edebilmesi çok önemli. Olumlu ebeveynlik yöntemlerinde aslında bu aileleri destekleyen bir şeyler yapıldığında asıl fayda sağlanmış oluyor. Yani olumlu ebeveynlik programı sadece bir bilgi aktarma programı değil o aileyi destekleyen bir program olduğunda daha iyi işe yarıyor.

Duyarlı ebeveynlikle yetişen çocukların bilişsel gelişimleri daha iyi oluyor, sorun çözme yetenekleri gelişkin oluyor, okula hazırlanmış oluyorlar okul yaşına geldiklerinde de, duygusal sağlıkları, zihinsel sağlıkları iyi oluyor. Bir de bu çocuklar kendilerini güvende hissettikleri

için, hani işte o keşif gezileri var ya “bu ne, bu ne” diye her şeyi araştırdıkları, onu yapabiliyorlar. Oysa ki her an cezalandırılmaktan korkan, kendini korumaya alan çocuklar, bu algılarını dışarıya açamıyorlar. O yüzden çok büyük bir fark oluyor yani bilişsel gelişme açısından ve özgüvenli oluyorlar bu çocuklar. Çocuğun gereksinimleriyle ilgili çok keyifli bir ebeveynlik tarzı.

Olumlu ebeveynlik nasıl öğretilir? Programlar nasıl programlar olmalı, var mı böyle programlar bu kısımdan son olarak bahsedeceğim. Demin de dediğim gibi didaktik bir anlatımdan çok daha fazlası gerekir olumlu ebeveynlik öğretmek için. Ebeveynin kendisini iyi hissetmesini sağlayacak, özgüvenini artıracak bir yaklaşım esas burada. Birtakım davranışlarını gözlemlemek, geri bildirimler vermek, ona bir anlamda koçluk yapmak, ebeveyn koçluğu gibi bir işlemdir aslında olumlu ebeveynlik programları. Bu programların genelde ebeveynlerin empatisini artırması bekleniyor çünkü eğer empatisi eksikse ebeveynin o zaman ağır cezalandırıyor. Çocuğu anlamıyor, çocuğun davranışlarını kötü, huysuz vesaire diye nitelendiriyor ama aslında çocuğunun huysuzluk dediği davranışının nedenini anladığında çocuğun bakış açısıyla baktığında bunun kötülük olsun diye yapılmış bir şey değil sadece çocuğun bir duygusunu ifade etme tarzı olduğunu anladığında davranışı çok değişiyor.

Birkaç örnek dünyadaki kanıta dayalı, faydası olduğu gösterilmiş programlardan. Ben bunların içinde Mellow Parenting’in eğitimini aldım, hem uygulayıcı eğitimini hem de eğitici eğitimini. Türkiye’de eğer yeni Mellow uygulayıcıları yetiştirmek istiyorsak ki istiyoruz, bunun eğitimini Türkiye’de artık verebilecek düzeydeyiz. Biraz bu Mellow Parenting programlarından çok kısacık bahsedeceğim. Farklı programları var. Hamileler için planlanmış bir program var 7 haftalık, haftada bir gün. Daha anne karnında bebekle annenin bağlanmasını sağlıyor. Aynı zamanda eşi hamile olan erkekler için olan Mellow müstakbel babalar diye tercüme ettiğimiz programları var. Mellow anneler ve babalar, bir de bebekler ve çocuklar, diye ayrı programları var

Bu bizim ilk gebe programımızdı, pilot bir çalışmaydı. O çalışmadan duygusal olarak iyi hissetmemi sağladı, diğer gebeler ile deneyim paylaşmak çok güzeldi, doğmamış bebeğime bağlanmamı sağladı, gebelik doğum ve çocuk sağlığı hakkında sorularıma cevap buldum” diye geri bildirimler almıştık. Bundan da sonra arkadaşlıkları devam etti, grupları devam etti hâlâ görüyoruz onları. Bebeklerin ilk doğduğu zamanki halleri bu slaytta gördüğünüz, bir iki ay arayla hepsi doğum yapmışlardı.

Anne baba eğitimi dediğimiz şey şöyle gidiyor. Ya anne programı ya da baba programı yapılıyor. Yani anneye babayı birlikte almıyor Mellow paylaşımları daha rahatlaştırmak için. Anneler programı eğer annenin bebeği 1 yaşından küçükse bebekler programıyla koordine ediliyor. Ya da daha çocuk büyükse o zaman anneler artık çocuklar programı yürütüyoruz. Yani günlük program şöyle: sabah önce anne grubu ile başlıyor, sonra çocukla aktiviteler yapılan bir bölüm var, sonra da bu yaş grubu çocukların gelişimini destekleyecek ebeveyn çalıştayını deniyor. Bu bölümde annelerin çocuklarıyla birlikte çektikleri videolara geri bildirimler veriyoruz grupta. Böyle uzun aslında biraz meşakkatli bir eğitim programı. Aynı şey babalarla da yapılıyor. Aktif katılım var, yani böyle didaktik bir ders anlatımı değil. Modellemeler yapılıyor. Grup tartışmaları oluyor. Videoları çekilmiş oluyor anne veya babaların çocuklarla, onlara geri bildirimler veriliyor. Kişisel refleksiyon yapılıyor. Öğle arası dediğimiz saatte çocukla ebeveynin bir etkinlik yapması sağlanıyor. Bir de evde pratikler için ödev veriliyor.

Geri bildirimleri çok ayrıntılı okumaya vaktim yok şimdi ama şunu söyleyeyim bize çok dokunan eğitimler oldu bunlar. Biz mesela babalar konusunda biraz daha kaygılıydık, acaba olur mu babalarla da diye. Bunlar babaların geri bildirimleri: “Sevgi ile her şeyi çözebileceğimi öğrendim.” diyor. “Ruha hitap ediyor, Türk toplumunun sorunlarına çözüm, pansuman.” diyor. “14 haftalık bir program bu, bir 14 hafta daha olsa yine devam ederim.” diyor geri bildirimlerde. Uzun süredir bizi görmeyen bir yakınım “Hem oğlumda hem bizim aramızda çok olumlu değişim ve gelişim olduğunu söyledi.” diyor. Paylaşımlardan da çok şeyi öğreniyorlar sadece kendileri değil ya da sadece eğitmenin söyledikleri değil. “Yeniden doğmuş gibi hissediyorum; bakış açım, düşüncelerim, yargılarım değişti” diyen de kaygı düzeyi çok yüksek bir babaydı. Şimdi kendi babalarıyla kendi aileleri ile olan iletişimlerine geri dönüp, onları tamamlayıp, kendi çocukları ile iletişime başlayınca çok daha verimli oldu.

Bunu daha önce de bir kongrede sunmuştum, bu da beni çok etkileyen, bir anneden gelen bir çiçek. Annenin kendi yetiştirdiği bir çiçek. Diyor ki; “bu çiçeği sıcak havada balkonda unutmuştum, yanmıştı, tüm yapraklarını temizledim, tek bir yeşil yaprağı kalmıştı. Bir umutla yeni, masmavi bu güzel saksıya diktim. Sadece bir yaprağı yeşil kalmış bu çiçek gibi olan kalbimi ve beni de sizler yeşerttiniz. Size bir umut, bir başarı çiçeği hediye ediyorum, benim gibi yeşeren bu güzel çiçeği. Hayatta bundan daha güzel bir duygu yaşadığımı hatırlamıyorum. Bir insana gerçekten dokunduğumuzu hissettiren...”

Bu farkı ne yaratıyor? Oradaki koşulsuz kabul ortamı, yargılanmama, dinlenmek, dinleniyor olmak, anlaşılacak çok önemli.

Son birkaç slaytta da şunu göstermek istiyorum. Olumlu ebeveynlik programlarının çocuklarla ebeveynler arasında güçlü sağlam ilişki kurduğu, davranış sorunlarını düzelttiği, duygusal dayanıklılığı artırdığı biliniyor, bu konuda çok araştırma yapılmış ama çocuk istismarını da önüyor mu? Yani bu kanıta dayalı mı? Literatürde bir de buna baktım. Cevap evet.

Birkaç tane örnek göstereceğim. Daha çok da meta-analizleri getirdim. Çocuk istismarı girişimlerinde hangi komponentler daha etkili diye bakıldığında, bilişsel davranışçı terapi, ev ziyaretleri, ebeveyn eğitimleri tek tek veya birlikte kullanıldığında çocuğa yönelik kötü muameleyi azaltıyor diye bulunmuş bu meta-analizde. Özellikle 0-6 ay kadar süren kısa erimli, ebeveynlerin özgüvenlerini arttırmaya yönelik ve profesyoneller tarafından sunulan hizmetler en etkilisi bulunmuş.

Bu bir başka meta-analiz. Belirgin etkisi var çocuk istismarı üzerine diyor. Tek bir bileşen ya da teknik değil bileşenlerin tamamı eşit derecede etkili diyor.

Yine 2016'dan bir meta-analiz. Ebeveyn eğitimleri bildirilen çocuk istismarları olgularında azalmaya neden olmuş. Aynı zamanda risk faktörlerini azaltırken koruyucu faktörleri de artırmış diye bulmuşlar.

Bu bir başka soruya cevap, bir ülkede yapılan program acaba bir başka kültüre uygun mudur? Örneğin Mellow İskoçya kökenli bir eğitim programı, biz onu Türkiye'de uyguluyoruz aynı derecede etkili oluyor mu? Bir ülkenin programı başka bir kültürde de işe yarar mı diye bakıldığında yaygın olarak şu düşünülüyor, her program kendi kültüründe daha etkilidir diye. Oysa ki bu makalede kültürel farklılıklara rağmen, programların en az ilk geliştirilen ülkede olduğu kadar etkili olduğu gösterilmiş.

Bir başka şey de düşük-orta gelir düzeyindeki ebeveynlerle çocuk ilişkisinin geliştirilmesi, çünkü onlardaki ebeveynlik yöntemleri daha sıklıkla katı, daha istismar içeren disiplin yöntemleri anne babaların çocuklarına yaptıkları. Buralarda etkili mi diye yapılmış bir sistematik derleme. O da genellikle ebeveyn çocuk ilişkisini geliştirdiği, ebeveynin bilgilerini artırdığı için çocuk istismarını azaltmasına etkili bulunmuş.

Sonuç olarak özellikle gelişmiş ülkelerde kullanılan çok sayıda olumlu ebeveynlik programı var. Burada ben bahsetmedim Türkiye'de de yıllardır uygulanan birçok eğitim programı var. İşte AÇEV'inki gibi, Millî Eğitim Bakanlığı'nunki gibi. Hangi programlar en etkili? Bu konuda tabii ki daha çok çalışmak, sürekli geliştirmek, çağa uygun bir adaptasyon yapmak da gerekiyor. Çocuk istismarının önlenmesi stratejisinde en başta söylediğim şeye bakacak olursak

yani 7 stratejiden biri, evet ebeveyn odaklı çözümler. Tek bir çözüm yöntemi yok tabii ki diğeri altı strateji, kanunlar olsun, değerler olsun, ekonomi olsun bunlar da önemli ama ebeveyn odaklı yaklaşım tek bir çözüm değilse bile başarı için çok önemli bir parça. O puzzle'ın en önemli parçası diyebilirim.

Ailelerin böyle mutlu olduğu, çocukların sevgi, şefkat ortamında geliştiği aileler görmek dileğiyle teşekkür ediyorum dinlediğiniz için.

1. GÜN

2. OTURUM

Aile İçi Şiddet

Prof. Dr. Ayşen Ufuk Sezgin

İTF Adli Tıp AD

Prof. Dr. Ayşen Ufuk Sezgin:

Merhaba herkese. Benim konum aile içi şiddet, özellikle kadına yönelik şiddet. Çocuk istismarından ayrı düşünülmesi mümkün olmayan bir konu. Kadına yönelik şiddet ne yazık ki dünyanın sorunu. Bugün dünyada üç kadından bir tanesi herhangi bir şiddete maruz kalıyor. Yani aile içinde aile dışında cinsel, fiziksel, ekonomik, psikolojik her türlü şiddetin mağduru oluyor. Özellikle Covid-19 pandemi döneminde bu şiddet durumlarında herhangi bir değişiklik var mı? Neler oluyor neler bitiyor dünyada şöyle kısaca bir gözden geçirme yapalım birlikte.

Pandemi döneminde aslında var olan bir sorun biraz daha artmış görünüyor. Nasıl? Son 12 ayda dünyada 15-49 yaş arası kadınlarla yapılan çalışmada 3 milyon kadının fiziksel, cinsel şiddete uğradığına dair bilgiler geliyor.

Fiziksel ve cinsel şiddetin daha fazla uygulayıcıları, failleri dediğimiz kişiler ise evin içindeki insanlar ya da kadının duygusal ilişki içinde olduğu insanlar. Dolayısıyla böyle baktığımızda aslında ne kadar da çocuk istismarı ile yan yana gittiğini, ne kadar da bir arada olduğunu görebiliyoruz. Fransa'da %30 oranında arttığı söyleniyor aile içi şiddetin 17 Mart'tan bu yana. Arjantin'de %125 oranında artmış 20 Mart'tan bu yana. Kıbrıs ve Singapur'da şiddet konusundaki başvuruların %30 ve %33 oranlarında arttığına dair bilgiler var. Tekrar baktığımız zaman Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Kanada, Almanya, İspanya gibi ülkelerde de ev içi, özellikle aile içi şiddetin kadına yönelik aile içi şiddetin daha yükseldiğini görüyoruz.

Ülkeler bu konuda neler yapıyorlar? İngiltere değişik bir yöntem oluşturmaya çalışmış. Özellikle bu karantina dönemlerinde ya da sokağa çıkma yasağının olduğu dönemlerde postacı ve dağıtıcılar, kargoculara şiddet izleme görevi vermiş. Siz demiş gidin, ortalıkta şiddet var mı yok mu gözleyin çünkü başka insanlar ortada yok. Fransa'da sığınma evleri öylesine dolmuş ki otellerden yardım alınmış. İtalya'da şiddet uygulayan erkekler evden uzaklaştırılmış. İspanya'da ise daha farklı bir uygulama var. Kadınların ulaşabildiği yerlerden bir tanesi eczane, ilaç almak için ya da maske almak için. Orada bir kod kullanılmış. Şiddete uğrayan kadın maske 19 diyor. Maske 19 işaretini verdiği zaman eczaneler doğru polise haber veriyorlar ve şiddete müdahale edilmiş oluyor. Böyle bir şifre oluşturmuşlar.

Tabi böyle baktığımız zaman Covid-19 dönemi, bu kısıtlanma dönemleri aslında var olan şiddet sorununu biraz daha artırmış gözüküyor. Şöyle de arttırmış gözüküyor, örneğin İtalya'da daha önceki yıllarda şiddet için yardım isteyen başvuru sayısında azalma olmuş. Bu tabii ki şiddet olmadığı için değil ama şiddet uygulayan kişiyle aynı mekânda kaldıkları için, o kadınlar şikayette bulunamadıkları için ortaya çıkmış.

Türkiye'ye dönüp baktığımız zaman Türkiye'de neler oldu? Aslında Türkiye'de birkaç çalışma var .1873 kadınıla çalışma yapılmış, 28 kentte yapılan bir çalışma. Hanelerde kadına yönelik şiddetin 28 kat arttığına dair ve bu artışta da birinci planda evin içinde yaşayan eşler ve ayrılmış olan eşler, babalar gibi kişiler geliyor ne yazık ki. Tabi bunları çocuktan bağımsız, düşünmek mümkün değil. Evin içinde eğer şiddet yaşıyorsa, bir anneye şiddet uygulanıyorsa çocuk da bundan oldukça fazla biçimde etkileniyor elbette.

Başka neler yapıldı Türkiye'de? Şimdi ben bunu büyük bir mutlulukla söyleyebilirim ki, yani bu pandemi dönemi hepimizi sersemletti, hepimizi korkuttu hepimizi bir belirsizliğe doğru sürükledi ama çabuk silkelendi kimi gruplar. Bu çabuk silkelenen kimi gruplar arasında kadın grupları var. Ne yaptı kadın grupları? Türkiye'de şöyle baktığımız zaman, örneğin kadın merkezleri hemen online bağlantıları kurmaya başladılar. Özellikle bu İstanbul Sözleşmesi konusunda pandemiye rağmen kadınlar maskelerini taktılar, sokaklarda eylem yaptılar. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı faaliyetlerini online olarak sürdürdü. Bunun ötesinde Kamer Vakfı, Benim de süpervizörlüğünü yaptığım bir ekip kurdu, bu 2 psikolog ve 1 psikolojik danışmanla birlikte. Telefonla kendilerine başvuran ve psikolojik destek isteyen kadınlara ulaşmaya çalıştılar ve 150 kadına ulaşıldı. Ben bunun doğrudan tanığı olduğum için size net söyleyebilirim. 150 kadına ulaşıldı ve kadınların dile getirdiği sorunlar aslında yaşadıkları şiddetin % 66,5'i eşleri tarafından, birlikte oldukları kişiler tarafından şiddete uğradıklarını söylediler. Bir de ayrıldıkları eşler ya da ayrılmak üzere oldukları %14'ü de ayrılmak üzere oldukları ya da ayrıldıkları eşler tarafından şiddete uğradıklarını söylediler. Tabi babalarda %4 oranında. Sonra bu oranlar küçülüyor diğer aile üyeleriyle birlikte. Benim tanık olduğum bir konu olduğu için daha net söyleyebilirim. İlginç ve ne yazık ki bizi de zorlayan, nasıl müdahale edebileceğimizi düşündüren çok zor, çok tehditkâr, çok yaşamı tehdit edebilecek başvurular oldu. Burada yapılacak sadece başvuru değildi, bu yapılan çalışma aynı zamanda kısa süreli psikolojik yönlendirme, kişiye en azından yapabilecekleri konusunda bilgi verme, bir bakıma psikolojik ilk yardım diyebileceğimiz bir destek sistemi 150 kadınla yapılanlar. Bunların gereksinimleri şöyleydi; tıbbi desteğe ulaşamıyorlardı de mesela. Daha önce rahatsızlıkları, ruhsal zorlukları vardı bu şiddete uğrayan kadınların ve bu tıbbi desteğe ulaşmakta zorluk çekiyor, çünkü sağlık kuruluşları da aslında Covid-19'a odaklandı. Başka hiçbir iş yapılamaz oldu. Bütün hastaneler Covid-19'a odaklandı ve yapılacak diğer uygulamalar ertelendi bir bakıma. Dolayısıyla bu kadınlar oraya ulaşamıyorlardı, bu konuda ne yapılabilir diye sordular.

Bir kısmı bu şiddet ortamı içinde gerçekten kendi hakları konusunda bilgi sahibi değildi, ne yapacağını bilmiyordu, hukuki desteğe ihtiyaç duyuyordu. Bir kısmı “Ne olur sadece benimle konuşun, ben çok sıkıntı duyuyorum, çok zorda hissediyorum kendimi, kötü hissediyorum. Sizinle konuşmak bile bana iyi geliyor” dediler. Her biri 40’ar 50’şer dakikalık görüşmelerle bu telefon konuşmalarını yaptılar ve ilginçtir ki yurtdışından Türkiyeli kadınlardan bile öyle istekler geldi. “Biz burada hiçbir yere ulaşamıyoruz, konuşabileceğimiz kimse yok, o nedenle ne olur bizi bırakmayın. Biz yurtdışındayız ama sizinle görüşmeye devam etmek istiyoruz.” gibi. Ekonomik zorluklar yaşandı bu dönemde.

E tabi bütün bunlara böyle baktığımız zaman, evin içinde zaten daha önce de şiddet uygulayan eşler babalar, şimdi burada babalar lafını kullanacağım çünkü bizim anabilim dalımızda gördüğümüz kimi vakalar da şunu gösterdi, daha önce ensest yaşanan ortamlarda gençler diyelim, çocuklar diyelim, biraz daha alan bulabiliyorlardı. Bu durum evin içinde bitmiş olsa da yani ensest yaşanmış, baba ensesti diyelim, o sonlanmış ama aynı evin içinde yaşamaya devam ediyorlar. Herhangi bir müdahalede bulunulmamış. Evin içindeki bu Baba denilen kişi işe gidiyor, dışarı gidiyor, çocuklar kendilerine bir alan bulabiliyorlar, dışarıda oluyorlar ve çok sık bir araya gelmiyorlar. Fakat bu dönemde ne yazık ki aynı ortamda kalmak zorunda kaldılar uzun süre aynı ortamda kaldıklarında tahammül edilemez bir durum haline geldi bu. Buradan yanlış bir şey anlaşılmasın, daha önce tahammül ediyorlar oldukları anlaşılmasın ama bitmiş bir ensesti nasıl ele alacaklarını bilemedikleri için, biliyorsunuz ki bu tip konular hep aile içinde daha kapalı kalan konular olduğu için, mesela böyle iki tane başvuru oldu. Baba ensesti olan bu noktada “Daha fazla bu kişiyi görmeye tahammül edemiyorum artık” deyip, evlerini terk edip yasal başvuruda bulunmak isteyen ve dolayısıyla bizden rapor isteyen kişiler oldu. KAMER’le yapılan bu çalışmada da benzer durumlar var mesela çok ciddi hayati tehdit altında olan insanlar vardı ve ne yapacaklarını bilemiyorlardı. Şimdi diyeceksiniz ki siz telefonda ne yapabilirsiniz ki bu insanlara. Psikolojik destek anlamında ne yapılabilir? Biz şunu yaptık, dörder görüşmelik buluşmalardı bunlar, her hafta yapılıyordu bu görüşmeler. Tıbbi destek için yönlendirdik. Kamer aracılığıyla bu yönlendirmeler yapıldı. Hukuki destek için yönlendirildi bu kişiler. “Psikolojik olarak nasıl bir faydası sağladınız bu görüşmelerden?” diye görüşmeler bittiğinde sorduğunuzda, %99’u çok rahatladım, hiç olmazsa biriyle konuşabildim.” dediler.

Kimi zaman şöyle bilgiler geldi, “Çocuğuma kötü davranmaya başladım, çocuğuma şiddet uyguluyorum, ben iyi bir anne olmak istiyorum. Ne olur bana yardım edin! Nasıl bir yol izleyeceğimi bana öğretin. Neler yapmam gerekir?” dediler. Grubumuzun içinde psikolojik danışman arkadaşımız da vardı. Tabi orada aileler bilgilendirildi.

Bunun gibi dönemin yarattığı ekonomik zorluklar da şiddetin artmasına neden. Pek çok insan işini kaybetti, önünü görmede belirsizlik doğdu ve ekonomik çok ciddi sıkıntılar yaşadılar. Aile bireylerinin daha önce dışarıda daha nefes alabildiği alanlar olduğu halde şimdi hiç nefes alamaz, halde hep birbiriyle iç içe olmaları, mesela yemeğe karışmalar, evin içindeki her türlü harekete karışmalar evin içinde çatışma ve şiddet ortamı yarattı bu Covid-19 döneminde.

Her şeye rağmen Türkiye’de, kadınlar boş durmadılar, sürekli çalışıyorlar. Özellikle çocuğa yönelik cinsel istismar yasasında cinsel istismarcıların affı ile ilgili bir konu gündeme geldi. Nafaka ile ilgili konular gündeme geldi. İstanbul Sözleşmesi ile ilgili konular gündeme geldi. Bunlardan doğan kazanılmış haklar vardı, bu kazanılmış hakların kaybedilmesi ile gibi durum söz konusu oldu. Bunun üzerine bir başka oluşum gerçekleşti. Eşitlik için Kadın Platformu oluşturuldu. Bu platformda aslında 310’u aşkî kadın ve LGBTİ örgütü ve 150’ye yakın sivil toplum kuruluşu bunun içinde yer aldı ve burada yapılan şey kazanılmış hakların kaybedilmemesi için bu gruplar ciddi olarak çalıştılar. Kısaca şu ana kadar neler oldu, hala neler olmakta, özellikle kadına yönelik şiddetle ilgili size bilgi aktardım.

Kadına yönelik şiddetin önlenmesi ile ilgili Covid-19 pandemisi sürecine bağlı sıkıntılar neydi? Mesela kadın merkezleri, sığınaklar konusu. Sığınaklara kadınların ulaşma şansı çok azalmıştı. Yani sığınaklara kadın alınmıyordu neredeyse, yer yok, dolu şeklinde bilgiler geldi. Kamu kurumlarına ve kuruluşlarına kadınlar ulaşmakta zorluk çekiyordu. Sağlık hizmetlerine ulaşmakta, dediğim gibi şiddete uğrasa da sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluklar çekiyorlardı. Şu anda bunlar kısmen açıldı. Bu en azından biraz daha olumlu bir durumun. Yani sağlık kuruluşları gene ağzına kadar doldu, yine çok ciddi Covid’le çalışıyor ama sonuçta acil aktif çalışıyor. Eğer bir kadın şiddete uğradı ise acil bölümlerine başvurmakta çekinmesin çünkü ancak orada tedavi görecektir ve şiddetin belgelenmesinde orada yapılan değerlendirme belgelenecek ve oradan destek alacaklar. Bunun ötesinde kaymakamlıklar var, doğrudan savcılıklara müracaat edebilirler. Yani aslında geçtiğimiz dönemlerde yardıma ulaşma konusunda sıkıntılar oldu. Sadece ulaşma konusunda değil, online bağlantılar konusunda da.

Günümüzde neredeyse Türkiye'nin her yerinde kadınların bir telefonu var ama mesela bizim arkadaşlarla görüşme sırasında kadınlardan bir tanesinin kocası geldi ve orada bir problem meydana geldi, kadın bir daha görüşemedi çünkü aynı ortamdalar, yani konuşabilecekleri, kendilerine nefes alabilecekleri bir alanları bile yok ki şikâyet edebilsinler.

Bunlarla ilgili bu konularda daha rahat ulaşılacak hatların belki yaklaşımların devlet tarafında gerçekleştirilmesi gerekiyor. Sivil toplum kuruluşları üzerlerine düşenleri fazlasıyla

yapıyorlar. 155’i bir şekilde aramayı hedeflesin kadınlar. Ben şunu önerebileceğimizi tekrar söylüyorum. Evin içinde bir şiddet oluyorsa, bu şiddet çocuğa yönelik de oluyor zaten yani çocuk fiziksel ya da cinsel şiddete doğrudan uğramasa da annesi üzerinden, evin içinde yaşanan üzerinden o şiddeti yaşamış oluyor.

O zaman aslında şunu yapmak gerekiyor. Önlemeye yönelik ve kendini korumaya yönelik planlar programlar yapılması gerekiyor. Nedir bunlar? Konuyu komşuyu, kimden yardım alabileceğini önceden düşünmek lazım, hesaplamak gerekiyor ve gerektiğinde hemen onunla bağlantı kurabilecek. Çünkü dediğim gibi telefon da edemeyebiliyor bu insanlar. Bir başka şey, bir çanta hazırlaması lazım şiddete uğrayan kadınların her an uzaklaşabilmesi için. O nedir? Bunun içinde gerekli evrakların olduğu, özellikle kimlik gibi, çocukların kimlikleri gibi, kendisine ait birkaç eşya ki evden çıkabilirsin. 155, 156, 183 bu sosyal destek hatlarını arayabilir insanlar. Dediğim gibi eğer çıkabilirlerse savcılığa, polise gidebilirler ve ısrarcı olmak durumundalar. Çünkü bu dönemde “Ya sizi gönderecek bir yerimiz yok, oturun evinizde. Sığınaklarda da yer yok zaten, işte sorun çıkarmayın.” biçiminde birtakım yaklaşımlarını olduğuna da ne yazık ki tanık olduk kadınlar üzerinden. O nedenle ısrarcı olmalı kadınlar. Tutanak tutulması konusunda ısrarcı olunmalı Hukuki destek için barolar biraz pasif kaldılar tabi bütün dünyadaki her kurum gibi. Baroların kadın ve çocuk komisyonlarına başvurulmasını öneriyorum tekrar. Elimizden geldiğince alanda çalışan gerek kadın kurum kuruluşları gerek sivil toplum kuruluşları gerek bizim gibi sağlık kuruluşları çaba göstermeye çalışıyoruz. Özellikle acil vakalar sağlık kuruluşları için biraz daha öncelikli oluyorlar. Daha geç daha kronik durumları biraz daha erteleyebiliyoruz bu durumda ama lütfen öyle bir durumla karşılaşan kişiler bundan kaçınmasınlar ve yardım arasınlar. Şimdi şöyle bir soru da sorulmuş “Kadınların ne kadarı acaba farkında aileyi koruma 6284 sayılı yasa ile ilgili?” diye. Aslında şaşırtıcı biçimde görüşme yapılan kadınların neredeyse %70’i “Evet bizim bundan haberimiz var.” demişler ve polise başvurabileceklerini de %50’ye yakını biliyor ama bilmeyen de %50’lik bir grup var. O zaman aslında gene bu konularda bilgiyi farkındalığı artırmak gerek ve asıl sorumlu olan devletlerin şiddetin durdurulması konusunda ortaya çıkan daha önce kazanılmış haklardan geri adım atmaması ve tam tersine bu konuda daha fazla çabanın gösterilmesi gerekiyor. Özellikle sağlık kuruluşlarında ayrı bölümlerin açılması lazım. İnsanlar sağlık kuruluşlarına hayati tehdit oluşturacağını düşünmüyorsa gitmiyor çünkü herhangi bir hastalık almak istemiyor ama ayrı bölümlerinin oluşturulması, başvuruları kolaylaştırabilir. Çocuğa yönelik şiddetle ilgili ÇİM’ler var ama orada da şu an yeterli hizmet sunulamayabiliyor ya da ŞÖNİM’ler, kadına şiddet merkezleri

içinde, onlar da aynı sıkıntıyı yaşıyorlar. O nedenle belirli sağlık kuruluşlarında kadına ve çocuca yönelik şiddete multidisipliner bir yaklaşımla bütüncül olarak ele alıp ihtiyaçların karşılanabileceği özel merkezlerin, müdahale merkezlerinin oluşturulması gerekiyor. Buradan da mesajımdır. Eğer bu konuda yetkili kişiler bizi dinliyorsa lütfen lütfen bu merkezleri kuralım ki hep birlikte olayın üzerine daha etkili bir biçimde gidip, en azından daha az hasarla bu durumla baş edebilelim diye sözümü bitirmek istiyorum. Teşekkür ederim.

Çocukluk Çağı Travmalarına Epigenetik Yaklaşım

Prof. Dr. Sacide Pehlivan

İTF Tıbbi Biyoloji AD

Prof. Dr. Sacide Pehlivan:

Merhabalar. Toplantıya davet ettiğiniz için çok teşekkür ediyorum. Emeği geçen herkese saygı ve sevgilerimi sunmak istiyorum. Kıymetli hocalarım, sevgili misafirlerimiz;

Çocukluk çağı travmalarına epigenetik yaklaşım deyince ne anlıyoruz, bizim açımızdan önemi nedir?

Bilindiği gibi insanların tüm hücrelerindeki DNA dizisi aynı olmasına rağmen farklı organlarda farklı fonksiyonlar için özelleşmiş hücre tipleri bulunmaktadır. Aynı DNA'ya sahip olmamıza karşın bu hücrelerde bu özel fonksiyonların gerçekleşmesi için bazı genetik düzenlemeler olmaktadır. Genetik yapısı aynı olmasına rağmen bir kan hücresinde, bir kas hücresinde, bir sinir hücresinde belli sinyaller sonucunda yapılandırılan görevler söz konusudur. Örneğin, belli genlerin hücrenin hayatını devam ettirmesi için her zaman aktif olması gerekirken, özelleşmiş hücrelerde belli proteinleri sentezleyen genlerin aktivasyonu azalırken belli genlerin de aktivasyonunun artması durumu gerçekleşiyor. Bundan 15-20 yıl önce 100 binin üzerinde tahmin edilen gen sayımız şu anda 19 binlerde ve bizim DNA'mızın sadece yaklaşık %3 gibi bir oranının protein olarak karşılığı bulunmaktadır. Bu proteinleri kodlayan genlerimizin ne zaman, nerede, ne kadar çalışacağını belirleyen bir mekanizma var. Bu mekanizmaya baktığımızda DNA ve RNA'nın yapısında veya diziliminde hücre içinde herhangi bir değişiklik söz konusu olmaksızın genetik bilginin okunması işleminde ve bu okunması için meydana gelen değişikliklerin olduğunu, biz de bu özel duruma genler üstü genetik ya da epigenetik adını veriyoruz.

Sonuç olarak bir hücredeki genlerin çalışması günümüzde bir orkestraya benzetiliyor. Orkestra ilgili parçayı (hücre tipine özel olan) ne kadar iyi çalarsa o kadar sağlıklı bir hücre yapısının meydana geldiğini hayal edebiliriz.

Eskiden DNA'da gen-protein ilişkisi vardı ve protein karşılığı olması ile geni tanımlıyorduk. Ancak, 2003 yılında İnsan Genom Projesi tamamlandığında baktık ki her zaman bir gen bölgesinin bir protein karşılığı olmuyor. Tam tersi bazı gen bölgelerinden çok daha fazla sayıda alt protein modifikasyonları meydana gelebiliyor. Hatta bazı DNA'larda her zaman karşılığı protein olmadan da kodlanan belli gen bölgeleri var ve hücre içinde önemli fonksiyonlara sahipler. Bu nedenle artık protein kodlayan genler kavramı klasik tanımlamalarla karşımıza geliyor. Onun yanında günümüzde ökaryotik DNA'yı kodlayan genleri en az üç gruba ayırıyoruz. Bir klasik tanımlama ile önceki yıllardan bildiğimiz protein karşılığı olan genler, ikinci grupta pseudogen dediğimiz protein karşılığı olmadığını düşündüğümüz gen bölgeleri ama 20 yıl 30

yıl önce protein karşılığı olmadığını düşündüğümüz bu pseudogenlerin de az da olsa bugün bir transkripsiyonu, protein karşılığı olduğunu görüyoruz. 3. grup ise fonksiyonel RNA genleri. Biz sanıyorduk ki sadece DNA molekülü genom açısından önemli ama DNA'nın her zaman protein karşılığı olmaksızın da kodladığı bazı RNA moleküllerinin hücrenin işleyişinde çok önemli yaptırımları olduğunu öğrendik. Genomumuzun yaklaşık %3 gibi bir oranının protein karşılığı var ama transkripsiyon her hücre tipinde çok yüksek oranda genomda devam ediyor. Yaklaşık genomun %80'inin üzerinde bir transkripsiyonu olduğunu artık biliyoruz. Bu transkripsiyonun çok yüksek oranının biraz önce bahsettiğimiz proteine kodlanmayan ama RNA olarak hücre içinde özel fonksiyona sahip RNA moleküllerinden oluştuğunu görüyoruz. Bu oran yüzde %77-%78 gibi çok yüksek bir oran ve biz bunlara non-coding RNA (ncRNA) Molekülleri adını veriyoruz. Eskiden RNA ve protein ilişkisi söz konusuken hücredeki kontrol mekanizmalarının hemen hemen hepsinin bu ncRNA moleküllerinden oluştuğunu ve bunların da kendi içinde artık gruplandırıldığını biliyoruz. Bu sadece istismarda değil, yaşamın birçok aşamasında çok önemli fonksiyonları gerçekleştiriyor.

Nedir bu non-coding RNA'lar? Yaklaşık 20-25 yıllık bir geçmişi olan bir yapı ncRNA'lar. Bugün biliyoruz ki hücre fizyolojisinin her aşamasında düzenleyici anahtar moleküller olarak görev yapıyorlar.

DNA'nın mühürlenmesi; bunun en güzel örneği biz kadınlarda olan iki X kromozomundan birinin kapatılması ki buna genomik imprinting adını veriyoruz. Yine biliyoruz ki DNA'nın kendi üzerinde korunması, katlanması için gerekli olan bir kromatin paketlenme mekanizması var. Yine RNA sentezinde biz ökaryotlarda önemli olan transkripsiyon faktörlerinin görevlendirilmesi, nükleer-sitoplazmik transportun gerçekleştirilmesi, RNA'nın işlenmesi, protein sentezi için gerekli olan mesajcı RNA'nın işi bittiğinde yok edilmesi, parçalanması ya da protein sentezi fazlalığında dur sinyalinin verilmesi dahil tüm düzenlemeler ncRNA'lar tarafından gerçekleştiriliyor.

İşte epigenetik kavramının genetikten en önemli farkı genetikte DNA düzeyinde nükleotid veya nükleotidlerin değişimi söz konusuken epigenetikte DNA düzeyinde bir nükleotid değişimi söz konusu değil. Sadece o DNA'nın kullanılıp kullanılmaması durumu söz konusu. Hem çevresel faktörler (hücre dışı), hücre içi faktörler bu epigenetik yapının oluşumunda çok önemli rol oynuyor. Yediğimiz yemekten, sosyal ilişkilerimizden, kullandığımız ilaçlardan, ekonomik durumdan, yaptığımız egzersizden. epigenetik yapımız etkileniyor.

Peki bu etki nasıl oluyor diye baktığımızda, biraz önce bahsettiğimiz gibi DNA düzeyinde bir değişiklik ancak bu değişiklik DNA'nın okunup okunmaması düzeyinde gerçekleşiyor. O da DNA'da yer alan 4 nükleotitin adenin, guanin, sitozin, timinin, DNA metilasyonu dediğimiz metil gruplara takılarak bu nükleotitlerin okunamaması (kapatılması), okunmasının engellenmesi şeklinde oluyor. Ya da bu şekilde de gördüğümüz gibi DNA'mızın korunma ve katlanmasında histon molekülleri var. Bu histon moleküllerinin de belli biyokimyasal reaksiyonlar geçirecek DNA'dan ayrılması veya tam tersi DNA'yla daha sıkı yapışmasının sağlanması şeklinde kromatin düzenlenmesi olarak karşımıza çıkıyor.

O zaman görüyoruz ki epigenetik değişiklikler, DNA metilasyonu ya da DNA'nın yapısında, katlanmasında görev alan histonların metilasyonu, asetilasyonu, fosforilasyonu gibi mekanizmalarla değişikliğe uğratılabilir. İşte biz bunlara Epigenetik modifikasyonlar adını veriyoruz.

Artık hayatımızda epigenom kavramı var ve epigenom kavramı çok bilinmeyenli bir denklemdir. 2013'te insan genomuna ait DNA dizisi belirlendiğinde her şeyi öğreneceğimizi sanırken, bugün geldiğimiz nokta aslında hemen hemen hiçbir şey bilmediğimiz oldu ne yazık ki. Çünkü epigenom kavramı bize çok farklı anlayışlar, bakış açıları getirdi. Yeni DNA metilasyon modellerinden bahsetmeye başladık. Histonların benzersiz modifikasyonlarından bahsediyoruz çünkü bu kanserde, nörolojik hastalıklarda, psikiyatrik hastalıklarda, otoimmün hastalıklarda birbirlerinden çok farklı mekanizmaların gerçekleştiğini artık görüyoruz. Yine polycomb grup proteinleri adı verilen bir grup homeobox dediğimiz yaşamsal proteinlerin de bu mekanizmada görevi olduğunu görüyoruz. Ökaryotlarda transkripsiyon adını verdiğimiz DNA'dan RNA sentezi için transkripsiyon faktörlerine ihtiyacımız bulunmaktadır. Bu transkripsiyon faktörleri histonlarla DNA arasını açarak RNA polimeraza burada transkripsiyon yapacak sinyalini veren, o yere (promotor bölge) yapışmasını sağlayan faktörlerdir. İşte epigenetikte bu transkripsiyon faktörlerinin de çok önemli rolleri olduğunu öğrendik. Bir de biraz önce bahsettiğimiz proteine çevrilmeyen ama hücrenin yaşamsal fonksiyonunu gerçekleştiren ncRNA'ların epigenomda büyük rolleri olduğunu, kromatinlerin yeniden modellenme mekanizmalarının olduğunu ve epigenetik hafıza faktörlerini oluşturan belli protein gruplarının olduğunu öğrendik. Bunun ilk örnekleri yine hayvan deneylerinde karşımıza çıktı. Epigenetik değişiklik döllenmeden itibaren canlının hayatında var olmakta. İşte bu preimplantasyon çalışmasında gördüğümüz gibi ovum spermle döllenmeden sonra yeni oluşacak bireyin epigenetik olarak bir markalaması gerçekleşiyor. Özellikle bu DNA üzerindeki silinme bir diske format atılması şeklinde tanımlanıyor. Önce babadan aktarılan (paternal) genomda silinmenin büyük

bir oranda meydana geldiğini, anneden aktarılan (maternal) genomda ise daha sonraki günlerde bu epigenetik markalanmanın, yeniden düzenlenmesinin oluştuğunu görüyoruz. Neden diye baktığımızda bunun özellikle blastosit safhasında da maternal genomun kullanılmasından kaynaklanan bir farklılık olduğu gösterilmiştir. Yani maternal genomdaki (ovumdaki) bazı bilgilerin epigenetik markalanma ile yeni oluşacak bireydeki fonksiyonlarının daha uzun süre devam etmesi gerekliliği belirlenmiştir. Önce paternal genomda meydana gelen bir de-metilasyon ve yeniden oluşum, daha sonra maternal genomda meydana gelerek de yeni oluşacak birey için yeni bir format işlemi epigenetik mekanizmalarla gerçekleşiyor.

Bunu insan açısından değerlendirdiğimizde yapılan çalışmalar tabii ki hayvan deneylerinde bu kadar ayrıntılı yapılmasına karşın insanlarda yok ama belli yaklaşımları sadece biliyoruz. Yine insanlarda fertilizasyon aşamasından sonra özellikle paternal genomda de-metilasyonun daha önce başladığını görüyoruz. Daha sonra maternal genomda ve bu epigenetik markalanmanın özellikle doğum esnasında dahi organizmadaki tüm hücrelerde gözden geçirildiğini görüyoruz. Yapılan bir çalışmada normal doğumla doğan çocuklar ve sezaryenle doğan çocuklara ait epigenetik olarak DNA metilasyon paternleri incelendiğinde özellikle epigenetik olarak normal doğum esnasında bu markalanma işlemindeki hataların düzeltilmesi için heat shock proteinler başta olmak üzere birçok proteinlerin bu düzenlemede doğum esnasında çok önemli görevler yaptığı saptanmıştır. Onun için normal doğumun, bu epigenetik mekanizmalardaki hataların gözden geçirilmesinde büyük yararı olduğu gösterilmiştir. Yine normal doğumla doğan çocuklarda özellikle ileriki yaşlarda enfeksiyona yatkınlıkla ilgili direnç mekanizmasının daha sağlıklı olduğu gösterilmiştir. Enfeksiyon oranının azaldığı bildirilmiştir.

Bu epigenetik değişiklikler (modifikasyonlar) genomda nasıl meydana geliyor?

Histon ve DNA-nükleotitleri (A,G,C,T) düzeyinde değişikliklerin yapılmasından sorumlu proteinlerin varlığı gösterilmiştir. Biz bu proteinleri yazıcılar, siliciler ve okuyucular olarak üç grupta topluyoruz. Yazıcılar; DNA ve histonlarda belli moleküllerin eklenmesi ve modifikasyonlarından sorumlu protein grubunda yer alırlar. Bu genlerin bu bölgelerin kapatılması gerektiğinde örneğin DNA'daki nükleotitlere metil takılması, histonlara asetil gruplarının yine metil gruplarının takılmasında görev alan proteinlerlerdir. Buna örnek protein-enzimler olarak metil-transferazları, asetil-transferazları, ubikitin ligazları verebiliyoruz. Bir de DNA ve histonlarda modifikasyonlar var ama bu bölgelerin hücre için kullanılması gerekiyor. O zaman bu bölgelerin açılması için bu bölgelerdeki değişimleri silen molekül gruplarına, proteinlere ihtiyacı var, bunlara da siliciler adını veriyoruz ve siliciler de modifikasyonları kaldırmakla görevli

proteinler-enzimlerdir. Bunlara da örnek olarak de-metilazları, de-asetilazları, de-fosfatazları veriyoruz. Bir de modifikasyonları algılama kromatin yapısındaki değişiklikleri yapma kararı veren okuyucu grup proteinler var. Okuyucular, özellikle bu bölgelerdeki yapılması gereken değişikliklerin kararını veren protein molekülleri grubudur. Bunlara da örnek olarak bromo-, kromo-, tudor- domain proteinleri verebiliyoruz.

İşte özellikle farklı stres koşullarındaki travma nında epigenetik değişikliklere neden olabileceği gösterilmiştir. Örneğin travmayla ilişkilendirildiğinde epigenetik enzimlerin post-translasyonel modifikasyonları meydana geliyor veya biraz önce bahsettiğimiz metil takmada görevli DNA metiltransferaz moleküllerinin stres karşısında yapması gerekenler farklılık oluşturabiliyor. Ya da biraz önce bahsettiğimiz DNA'nın okunup protein sentezi için, RNA'ya çevrilmesi için gerekli transkripsiyon faktörlerinin lokal aktivasyonu veya inaktivasyonu meydana geliyor. Bu şekilde normalde bir epigenetik programda fetal aşamadan normal bireye gelene kadar geçmesi gereken aşamalarda içsel veya dışsal stresler bu epigenetik mekanizmalarda değişiklikler oluşturabilmektedir. Peki bu değişiklikler olduktan sonra hücrelerde nasıl kalıyor? Kalıcı olarak karşımıza çıkıyor? Hücrelerimizin hafızası var mı? Sorusu karşımıza çıkıyor. Hafızayı tanımladığımızda zihnimizde gerçekleşen fark etme, kaydetme, hatırlama, unutma ile ilgili bölümlerden oluşan bir zinciri tanımlıyoruz. Özellikle duygularımızın hafızamızın çimentosu olduğunu biliyoruz. Önyargılarımızın ise bizim hafızamızı çarpıttığını biliyoruz.

İşte bizim hücrelerimizde de bir epigenetik hafıza mekanizmasının olduğunu artık tam olarak çözümesek te biliyoruz. Epigenetik hafıza; döllenenmeden ölüme kadar değişen, belli aşamalarda değişiklik gösteren bir mekanizma olarak tanımlanabilir. Farklılaşma süresince hücre kaderine karar verilmesi hem DNA hem de kromatin seviyesindeki epigenetik modifikasyonların kompleks iş birliği ile gerçekleşiyor ama meydana gelen bu değişikliklere baktığımızda, bunların stabile olduğunu ve meydana gelen bu epigenetik hafıza sayesinde bu bilginin farklılaşan hücrelerde hücre bölünmeleri boyunca dahi aktarıldığını artık biliyoruz.

Sonuç olarak epigenetik hafıza mitoz hatta mayoz bölünme sonrasında dahi bir sonraki nesillere aktarılabilir. Bunun en iyi örneklerinden biri de istismar vakalarına ait ilişki nesiller boyu incelendiğinde ortaya çıkmıştır. Hatta yapılan çalışmalara baktığımızda bu aktarımın da Mendelyan kalıtım modeli ile olabileceği de gösterilmiştir. Hücrelerimizde, “Epigenetik hafıza”nın en az üç farklı tipi olduğunu biliyoruz artık. 1.Hücresel hafıza, 2.Transkripsiyonel hafıza, yine biraz önce bahsettiğimiz bir nesilden diğerine 3.Aktarılan epigenetik hafıza olarak tanımladığımız bir nesilden diğerine aktarılan (intergenerational) hafızadır.

Hücrenel hafızaya baktığımızda erken gelişme sırasında gelişimsel sinyaller vasıtasıyla meydana gelen, hücrenin kimliği, farklılaşma potansiyelini gerçekleştiren mekanizma olduğunu görüyoruz. Sonuç olarak bu programlama sonucunda meydana gelen hücrelere baktığımızda uyarıcı sinyaller olmasa dahi epigenetik regülatörlerin etkisiyle meydana gelen mitoz bölünme sonucunda da oluşan yeni hücrelere aktarıldığını görüyoruz.

Transkripsiyonel hafızaya baktığımızda ise hücrelerin ve organizmaların çevresindeki değişikliklere uyum gösterebilmek, hayatta kalabilmek için geliştirdikleri bir hafıza yapısını görüyoruz. Önceden transkripsiyonu yapılan genler gerektiğinde tekrar transkribe olup aktive olmak için hazırlar. Bu hafıza tipine baktığımızda organizmaların çevresel değişikliklere hızlı cevap verebilmeleri ve adapte olabilmeleri için avantaj sağlıyor. Özellikle bu mekanizmada nukleustan sitoplazmaya geçişte önemli rolü olan nükleus porunun da farklı görevleri olduğu belirlenmiştir. Örneğin metabolik durum epigenetik modifikasyonlar ile ilişkili olabiliyor ve hücrenin açlık veya tokluk durumunda özellikle yazıcı, silici, okuyucu proteinler vasıtasıyla epigenetik modifikasyonlar gerçekleşebiliyor.

Bugün ise daha yeni yeni öğrendiğimiz, hatta öğrenmeye çalıştığımız “Epigenetik Hafıza”nın bir nesilden diğerine geçen türünü görüyoruz. Nedir bu hafıza? Bazı makalelerde intergenerational, bazı makalelerde transgenerational hafıza olarak karşımıza çıkıyor ama sonuç olarak genom aktivitesinin düzenlenmesinde görev alan nükleik asitlerdeki kimyasal modifikasyonların hem DNA hem de RNA ile meydana gelmiş bu durumunun kalıtımla bir nesilden diğerine aktarılmasına biz “Intergenerational, Non-genomik ya da Genomik olmayan Epigenetik Kalıtım” adını veriyoruz.

Neden bizim için önemli çünkü biliyoruz ki moleküler düzeyde travmatik strese baktığımızda HPA önemli bir endokrinolojik devre ve travmatik stresle çok ilişkilidir. Özellikle kortizolde sürekli salınımın travmatik streste rolü olduğu gösterilmiştir. Yine burada rolü olan proteinlerin ekspresyonundaki değişiklikler epigenetik değişimde büyük önem arz ediyor. Bu artışın hipokampus ve amigdalada değişen cevaba neden olduğunu da artık biliyoruz.

Neden transjenerasyonel epigenetik hafıza önemlidir diye baktığımızda yapılan çalışmalar sonucunda burada bazı makaleleri size özetlemek istiyorum. Gebeliğin deneyimleri yani gebelik süresinde karşılaşılan pozitif/negatif durumların doğan yavruların davranışını etkileyebileceği gösterilmiştir. Bir çalışmada depresyon geçirmiş annelerin çocukların glukortikoid reseptör genlerinde, biraz önce bahsettiğimiz stres hormonlarının salınmasıyla ilişkili yüksek

oranda DNA metilasyonu tespit edilmiş ve bu metilasyonun, çocuklar sağlıklı koşulda büyütülse dahi çocuklarda endişe, korku ve agresif davranışlar oluşturabileceği gösterilmiştir.

Yapılan bir başka çalışmada; hamilelikte yetersiz beslenen annelerin çocukları üzerinde özellikle tip 2 diyabet ve obezite risk artışının epigenetik hafıza ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Yüzde yüz diyebilir miyiz, hayır ama bu şekilde yapılan çalışmaların literatürde olduğunu görüyoruz.

Gerek doğum öncesi gerek doğumdan sonraki streslerin özellikle bazı travmatik hastalıkların şekillenmesinde, otoimmün hastalıkların, psikiyatrik hastalıkların oluşumunda rolü olduğu/olabileceği ile ilişkili yayımlar bulunmaktadır. Peki bu travmanın en zararlı olduğu hassas dönemler çocuklarda var mı? diye bir soru sorulan 1944 vakalı gerçekleştirilen çalışmada travmaya maruz kalanların hangi dönemde olursa olsun kalmayan bireylerle karşılaştırıldığında, daha yüksek duygu bozukluğu puanlarına sahip oldukları gösterilmiştir. Travmaya maruz kalan bireyler kendi içinde gruplandırıldığında da özellikle 0-5 yaş arası çocuklarda travmaya maruz kalanların duygu durum bozukluğu puanlarının ileriki yaşlarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının etkisi genetik mi epigenetik mi sorusu karşımıza geldiğinde travmanın başta HPA olmak üzere, stresin artması ya da azalmasında önemli epigenetik mekanizmalar gerçekleşiyor ancak sadece epigenetik mekanizmalar vardır demek doğru olmaz. Belli genlerde fonksiyonel gen varyantları adını verdiğimiz genin ekspresyonunun da değişmesine neden olan durumlarında bu travmatik stresi arttırabiliyor veya azaltabiliyor olması mümkündür. Sonuç olarak genetik mirasta epigenetik kalıtım travmada önemli ama bireyin genetik özellikleri, genetik yapısı da bu kalıtımın devamında büyük önem arz ediyor.

Nedir fonksiyonel gen varyantı? Fonksiyonel gen varyantları bir gen ya da gen grubuna ait DNA bölgesinde proteini kodlayan genin ekspresyonu ya da kodlanan proteinin aktivitesini değiştiren nükleotit farklılıkları olarak tanımlanabiliyor. Bununla ilgili yapılan bir çalışma var. Özellikle HPA'da sorumlu bu stres genlerine ait varyantların çocukluk çağındaki travmaların da anksiyete duyarlılığı üzerine çalışılmış. Özellikle corticotropin-releasing hormone receptor 1'in bizim de çalışmamızda kullandığımız NR3C1 nuclear receptor geninin ve yine bir transkripsiyon faktör olan FKBP5 genine ait varyantın önemli rolü olduğu gösterilmiş. Çünkü fonksiyonel gen varyantları özellikle gen ekspresyonu mekanizmalarında etken olarak karşımıza çıkıyor.

Bir de genetik farklılıkla (DNA da) ilişkisine örnek vermek istiyorum. Çocuklar neden dövülmemeli? sorusu, psikiyatrist arkadaşlar bu konuda daha güzel örnekler verecek ama ben de bir örnek ile katılmak istiyorum. Çocukluğun erken döneminde yaşanan kötü çevre koşullarının ileriki yaşlarda şiddete yatkınlığını belirlediği biliniyor. Dövülen çocuklarda X kromozomu üzerinde MAOA geni üzerine bir çalışma yapılmış ve bu gende bir fonksiyonel gen varyantı var. Bu gen varyantı uzun ve kısa form olmak üzere iki tipte bireylerde bulunuyor. Uzun form ve kısa formu da moleküler genetik yöntemler kullanılarak analiz edilebiliyor. Uzun formu olan çocuklara bakıldığında bu çocuklar kötü muamele ile karşılaşmalar dahi ileriki yaşlarda şiddet göstermiyor ve genetik miras olarak antisosyal davranış oluşturmuyorlar. Ancak genin kısa formuna sahip çocuklar risk altında olduklarında (kötü çevre koşullarında bulduklarında, dayak yediklerinde) ileriki yaşlarda bunların şiddete eğiliminin arttığı gösterilmiştir. Ama çevresel faktörler olumlu olduğunda huzurlu ortamda bu kısa forma sahip çocuklar yetiştiğinde de de çocukların şiddete meyilli olmadığı gösterilmiştir. Biraz önce sorduğumuz epigenetik özellikler sadece genetik mi epigenetik mi sorusunun karşılığı olarak çocukluk çağı travmalarının etkisi hem genetik hem de epigenetik koşulların iş birliği ile karşımıza çıktığını söyleyebiliriz.

Sonuç olarak duyarlılık meydana getiren farklılıkların sadece epigenetik olmadığını kısmen bireyin genetik özelliklerinden kaynaklanabileceği de gösterilmiştir.

Yine çocukluk çağı travmalarına sahip yetişkinlerle ilgili yapılan 24 makalenin incelendiği bir çalışmada; çocukluk çağı travmalarının sağlık durumu üzerine uzun vadeli etkileri olabileceği gösterilmiş ve bu bireylerin ileriki yaşamında somatik bozukluklarda artış ile sonuçlanabileceği belirlenmiş. Bu meta-analizde yetişkinlik dönemindeki bireylerin çocukluk çağı travması geçirmiş olmaları sonucunda; hızlandırılmış telomer erozyonu anlamlı bir ilişki olduğunu da ortaya koymuştur. Hatırlayacağınız gibi telomerler kromozomlarımızın uçlarında yer alan ve hücrenin kaç kez bölünmesini tanımlayan saati olarak görev yapan moleküllerdir. İşte bu telomer yapıların kısalması (erozyonu) da o hücrelerin daha hassas bir konuma gelebildiğinin göstergesi olarak karşımıza çıkıyor.

Son örnek makalemiz de 27 yıllık bir çalışma sonuçlarını bildiriyor. Özellikle çocukluk çağında travma, kötü muamele görmüş çocuklar ve aileleri ile yapılan bir çalışma. Bu çalışmada iki grup var. Hamilelik sırasında iki yaşına kadar aileye ziyaret yapılarak bilgilendirilen bir grup, yani sonuç olarak erken müdahale programlarıyla yetiştirilen çocuklar; ikinci grupta ise bu şekilde herhangi bir erken müdahale programında olmayan çocukların 27 yıl sonra DNA'ları

izole edilmiştir. Her 2 grupta yer alan bireylerin tüm genomdaki metilasyon panellerine bakılmıştır. Çalışmalar sonucunda metilasyon panellerinde epigenetik farklılıkların her 2 grupta olduğu gösterilmiştir. Çocuğa kötü muamele ile kötü muamele arasındaki ilişkinin boyutu/süresi, sigara içme dahil tüm yaşam tarzı faktörleri hesaba katıldığında travmatik etkinin DNA metilasyonunu azalttığı ve epigenetik olarak bazı hastalıklara ait risklerin artışına neden olduğu gösterilmiştir. Ve en önemlisi çocukluk çağında meydana gelen travmaların erken müdahale programları vasıtasıyla (yardımı ile) daha az risk etkilerinin oluşabileceği de bu çalışma ile gösterilmiştir.

Epigenetik çalışmalar birçok konuda olduğu gibi travmada da oldukça az sayıdadır. Multidisipliner olarak çalışılması gereken ve yapılması gereken bu konuda daha birçok işimiz var, bunu hepimize hatırlatmak istiyorum. Çünkü epigenetik sadece bireyin genomu, çevresel koşulları değil, hepsinin bir arada meydana getirdiği bir mekanizmadır ve bu etkilerin fenotipe yansımaları olarak karşımıza çıkıyor. Birlikte planlanacak bu konuya ait güzel çalışmaların ışığında daha sağlıklı - mutlu nesiller için topluma yardımcı olacağına inanıyorum. Günümüzde, epigenetik çalışmalar daha çok kanser üzerine yapılıyor çünkü bu epigenetik farklılıklar kanser hücrelerinde tedavinin başarısında önemli ve örnek olarak DNA metilazlar ve demetile edici ajanları verebiliriz. Histonlar içinise histon inhibitörleri şeklinde hazırlanan ilaçlar kullanılıyor. Bu tür tedavilerin ileride travmalarda da kullanımına yönelik yararlı olabileceğine dair çalışmalarının olduğunu gösteren birkaç yayın da var. Umarım travmaların etkisinin en azından azaltılmasında güzel sonuçların alınmasında mümkün olur.

İlginiz için teşekkür ederim.

Çocuk İstismarında Çocuk Psikiyatristlerinin Rolü

Doç. Dr. Nusret Soylu

İTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Doç. Dr. Nusret Soylu:

Öncelikle bu güzel kursu düzenleyen hocalarıma başta Ayşe hocama çok teşekkür ediyorum. Bu alanla ilgili çok kritik bir emek veriyor, çaba sarf ediyor, ekibi bir araya getiriyor. Güzel işlerde ortaya çıkıyor. Diğer hocalarımı ben de çok ilgi ile dinledim. Her defasında kendim de birçok şeyler öğrenerek çıkıyorum. Diğer hocalarıma da çok teşekkür ediyorum. Şimdi bir çocuk psikiyatristi bakış açısıyla bir çocuk vakası geldiğinde biz hangi boyutlarını görüyoruz, hangi boyutlarında nasıl yer alıyoruz anlatmak istiyorum. Aynı zamanda alanda çalışan psikolog arkadaşlarımıza da alanla ilgili önemli olan noktaları veya kendi pratiklerinde de kullanabilecekleri önemli bilgileri de burada paylaşmak istiyorum. Sadece bir çocuk psikiyatristinin rolünü değil, bu rolün içerisinde sizin kendi pratiğinize aktarabileceğiniz neler olabilir kısa bir şekilde bahsetmeye çalışacağım.

Çocuk istismarı multidisipliner yaklaşılması gereken bir konudur. Birçok boyutları olan bir konu. Cinsel istismar; Adli boyutları, ruhsal etkileri olan Sacide hocamın bahsettiği gibi genetik dahil bedensel etkileri bulunan hatta bazı fiziksel hastalıklarla ilişkisi olan bir durumdur. Bu nedenle multidisipliner yaklaşım gerektiriyor. Multidisipliner yaklaşımda önemli olan ekibin uyum içerisinde ve kendi sınırlarını bilerek bu sınırlar dahilinde belli bir ritim içerisinde çalışması gereklidir.

Cinsel istismar çocuğu birçok yönden etkilemektedir; sosyal, fiziksel, ruhsal ve adli sonuçları bulunmaktadır. Ciddi toplumsal sonuçlarının olduğu bilinmektedir. Siyaset ve Bürokrasinin bir politika üretmek için çaba sarf ettiğini bilmekteyiz ve bu yönlerinin de olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Çocuk istismarında birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma aşamaları bulunmaktadır. Çocuk psikiyatristi olarak bu vakaların bütün aşamalarında aktif bir şekilde rol alıyoruz.

Birincil koruma; bir istismarın daha oluşmadan olmasını engellemektir. Bebeğin ve çocuğun eğitimini örnek olarak verebiliriz. Çocukların istismardan korunmasında psikologlar ve psikolojik danışmanlık veren kişilerinde kurstan yararlanacağını düşünmekteyim. Çocuklara özel bölgelerini öğretmek, özel bölgelerine dokundurmadan haklarının olduğunu onlara söylemek, iyi dokunuş ile kötü dokunuşu birbirinden ayırt edebilmelerini sağlamak ve kendilerine cinsel amaçlı kötü dokunan bir kişi olduğunda ne yapabileceklerini, hayır diyebileceklerini, oradan uzaklaşabileceklerini ve böyle bir durum yaşadığında güvendikleri bir yetişkinle paylaşmaları gerektiğini öğretmek gerekiyor.

Okul öncesi dönemde çocuklara bu eğitimlerin verilmesi çok önemlidir. Okul öncesi dönemde çocuklarla çalışan ve temas eden kişilerin bu eğitimleri vermesi oldukça önemlidir. Alanda çalışırken karşılaştığım diğer önemli bir sorun, Rehber öğretmenlerin sahada böyle bir olgu ile karşılaştıklarında nasıl bir yol izleyeceklerini bilememesidir. Bu konuyla ilgili çok uzun zamandır eğitimler verilmektedir. Mecburi hizmetimi yaptığım Gaziantep’te tüm rehber öğretmenlerle bir haftalık bir eğitim düzenledik. Bu eğitimden sonra rehber öğretmenlerden gelen bildirimlerde okul idarecilerinin yaklaşımının farklı olduğunu ve sorunlar yaşadıklarını öğrendik. Bunun üzerine okul idarecilerine yönelik bir haftalık bir eğitim düzenledik. Sonuçta istismar şüphesi ile bildirilen çocuk sayısı artış sağlandı.

Birincil ve ikincil korumada hem çocuklara hem ebeveynlere yönelik eğitimler oldukça önemlidir. Yine özellikle ikincil korumada istismarın erken saptanması, tekrarlayan istismarlardan çocuğun korunması ve saptandığında uygun bir şekilde adli sürecin başlatılması oldukça önemlidir. Alanda çalışan özellikle okullarda çocuklarla teması olan kişilerin eğitimi önemlidir. Bu anlamda açıkçası Milli Eğitim’de birçok personelin, özellikle rehber öğretmenler, idareciler hatta yardımcı personellerin büyük oranda eğitimleri yapıldı. Birkaç yıl içerisinde bu eğitimler büyük oranda yapıldı ve tamamlandı.

İstismarın diğer önemli bir ayağı; erken tanı konulması ve adli sürecin uygun şekilde yönetilmesidir. Diğer taraftan ruhsal tedaviyi uygun bir şekilde yönetmekte çok önemlidir. Çocuğun sosyal olarak uygun şekilde desteklenmesine yönelik adımları atmak gerekir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuk istismarının çok büyük bir kısmı gizli kalmaktadır. Bu çocuklar istismarın olumsuz etkilerini içinde yaşıyor, kimseyle paylaşmıyor, anlatmıyor ve söylemiyor. Çoğu zaman uzun süren kronik bir istismara maruz kalıyor. Çocuk bazen bunun ne olduğunu anlayamıyor. Anlayacak yaşa geldiğinde depresif bir süreç geliyor ve ergenlik döneminde davranış problemleriyle çocuk psikiyatristlerine başvuruyor. Birkaç görüşme sonrasında bu belirtilerin altında yatan istismarı doktorlarla paylaşıyorlar. İstismar konusunda verdiğim birçok eğitimde bunu yaşayan birçok yetişkinle karşılaştım.

İstismar büyük oranda gizli kalıyor. Dolayısıyla bu çocukların tekrarlayan istismara maruz kalmaları, ihtiyaç duydukları ruhsal ve sosyal yardımı alamamalarına neden oluyor. Çocuğu çok boyutlu etkileyen bu sorunun gizli kalması çocuk için çok ağır bir durumdur. Çoğu zaman bu sorunu paylaştıklarında çocukların yüzlerindeki o ifadeyi kolaylıkla görebiliyoruz.

Çocukla temas eden kişilerin (öğretmen, doktor vb.) çocuğun istismara uğradığını öğrendiğinde uygun adımlar atıp adli bildirim sürecini mutlaka yapmaları gerekmektedir. Hem hukuki bir yükümlülük (TCK'de yapılmadığı takdirde cezai müeyyidenin uygulandığı hukuki bir zorunluluk) hem de mesleki, etik, insani ve vicdani bir sorumluluktur. Ben öğrencilerime ve asistanlarıma şunu söylüyorum; istismara uğrayan bir çocuğu öğrendiğinizde adli bildirimde bulunmadığınız zaman sizde en az istismarcı kadar hukuki olarak suçlu bir duruma düşersiniz. Çoğu zaman adli süreci yönetmek zor olabiliyor. Bazen arkadaşlar nasıl yapacaklarını, nasıl yöneteceklerini çok bilemeyebiliyorlar. Bazen çocuklar şunu söyleyebiliyor; duyulmasın, kimse bilmesin, sakın polise söylemeyin, gitmeyin, duyulursa şöyle olur, ailem şöyle bir tepki verir, ailem dağılır, ben bunun üstesinden gelemem, hatta bunu aileme söylerseniz bu polise giderse, duyulursa intihar ederim diyen vakalar dahi oluyor.

Şunu rahatlıkla söyleyebilirim ben şu ana kadar sayısızca cinsel istismarın adli bildiriminde buldum, çok zor vakalar da vardı ama biraz önce konuştuğum zorlukların hiçbirini hiçbir vakada çok şükür yaşamadım. Dolayısıyla psikiyatristlerinde bu süreci nasıl yöneteceği oldukça önemlidir. Bu tür vakaların adli bildirim sürecinde çocukla birlikte çalışmak gerekiyor. Bir çocukla adli bildirim sürecini konusunda konuşurken, motivasyonel görüşmeleri yapılır, iş birliği kurmaya çalışılır buna rağmen çocuk çok iş birliğine yanaşmayabilir bu durumda bildirilmeyecek mi? Hayır, yine bu tür durumlarda çocuğun yüksek yararı gözetildiği için, hatta adli bildirim tedavinin bir parçası olduğu için bu süreci uygun bir şekilde, çocuğa arkasından iş çevirmeden, hangi adımları, nasıl atacağımızı söyleyerek o adli süreci yönetmek gerekir. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren bir konu. Çocuğun güvenliği ile ilgili bir endişe ve kaygınız varsa, çocukla ilgili sosyal değerlendirmenin, incelemenin yapılması ve çocukla ilgili gereken koruma kararlarının ve tedbirlerinin alınması bazen bu tedbirler alındıktan sonra bunun aile ile paylaşılması gerekebilir. Bazen bu tür vakaların adli bildirim sürecinin yönetilmesi zorlayıcı olabilir. Çocuk psikiyatristin bu süreçte önemli rolü vardır.

Bu noktada önemli şeylerden biri de bu tür çocuklarla yapılan görüşmeler ve bu görüşmelerden sağlıklı bir bilgi almak. Sonuçta siz adli bildirimde bulunduğunuzda bir tutanak tutunuz, çocuğun size anlattığı paylaştığı şeyleri yazdınız, çocuğun ruhsal belirtilerini orada belirttiniz ve bir adli bildirimde buldunuz. Bu aynı zamanda adli süreçte bir delil niteliği taşıyor. Bir delil niteliği taşıdığı için zaten sizin oradaki o değerlendirmeyi adli yönüyle de sağlıklı bir şekilde yapmanız gerekiyor. Burada neyi kast ediyoruz, bir defa çocuğu yönlendirmeden, çocuğun akılını karıştıracak yönlendirici sorular sormadan daha çok çocuk dinlenerek süreç yönetilmelidir. Sana şu kişi mi yaptı? Şunu da yaptı mı? gibi cevabı evet veya hayır olan sorular

sormak yerine, bu çocuklara ne olduğunu anlatır mısın, daha sonra ne oldu gibi, çocuğun kendi düşüncelerini kendi deneyimlerini, yaşamlarını, duygularını paylaşacağı bir şekilde görüşme yürütülürse çocuktan alınan bilgi daha sağlıklı ve adli süreçte de o bilgi veri açısından oldukça kıymetli oluyor. Bu tür çocukları değerlendirirken maruz kaldıkları istismarı paylaştıklarında dikkat edeceğimiz noktalardan bir tanesi yönlendirici olmadan çocuğu dinlemektir. Çocuğun ne yaşadığını, neyi deneyimlediğini, ne hissettiğini ve ne düşündüğünü çocuğun kendi kelimeleleriyle ifade etmesine izin vermektir. Diğer önemli bir nokta bu sürecin aile ve çocuk ile iş birliği yapılarak yürütülmesidir.

İstismar bize iletildiğinde bir kriz ortaya çıkıyor. Özellikle ensest vakalarında bu kriz daha yoğun olmaktadır. Adli süreçler başlatıldığında çocuğa ve aileye ek psiko-sosyal yükler oluşturmaktadır. Bu durumda adli bildirimden sonrada çocuğa ve aileye psiko-sosyal destek vermek gerekir. Çocuğun tekrarlayan istismarlara uğramasını önlemek ve çocuğu ruhsal olarak desteklemek çok önemlidir. Tekrarlayan istismar ve sekonder travmaları engellemek çok önemlidir. Bazen çocuğun ailesindeki bireylerin çocuğa ön yargılı yaklaşımı istismardan bile daha travmatik olabiliyor. Çocuğun suçlanması, istismarcının aile içerisinde savunulması, onun desteklenmesi çocuğun bu anlamda desteklenmemesi, bazen çocuk üzerinde ikincil travmalara neden olabiliyor.

Yine bu süreçte çocuklar duygusal istismara uğrayabiliyorlar ve suçlanabiliyorlar. Ya da ebeveynlerin bu süreci uygun bir şekilde yönetememelerine bağlı farklı travmalar yaşayabiliyorlar. İstismarcı ile ebeveynler arasında yaşanan kavgalar ve çatışmalar çocuğu olumsuz etkileyebiliyor. Çocuğun istismarcı ile karşılaşmaması gerekirken yapılan görüşmeler kayıt altına alınamazsa mahkeme tarafından her iki tarafın ifadelerinin tekrar alınması gerekebiliyor. Bundan dolayı çocuk istismarcı ile karşılaşabiliyor. Bir çocuk için mahkemeye gitmek, orada istismarcı ile karşılaşmak oldukça travmatik olabiliyor. Bu süreçte de biz çocuğun yanında yer almaya, onu desteklemeye ve takip etmeye devam etmeliyiz. Ebeveynlerin duygusal yanıtlarını, tepkilerini ölçüyor ve çocuğa verdiği mesajları belirliyoruz. Bunun için aile görüşmeleri yapıyoruz. Ailede oluşan krize müdahalede bulunuyoruz. Bazen de çocuklar için gerçekten zorlayıcı ve travmatik olacağını düşündüğümüz durumlarda biz mahkemeye çocuğun çağrılmasının ruhsal açıdan uygun olmadığını ya da çok zorunlu ise istismarcının ve diğer yakınlarının olmadığı bir ortamda çocuğun mahkemede dinlenmesinin uygun olacağı şeklinde bir rapor vererek çocuğun yanında yer alıyoruz.

Adli sürecin getirdiği farklı sonuçlar var. Adli süreçte yapılan muayeneler; gebeliğin sonlandırıldığı durumlarda çocuk psikiyatristi çocuğun yanında olmalı, ruhsal açıdan desteklemelidir. Bu işlem sonrasında çocuk koruma altındayken veya ailesinin yanına gönderildiğinde çocuğun ruhsal açıdan destekleme gereksinimi vardır. Benim deneyimlerime göre 3 yıl boyunca izlediğim cinsel istismar vakalarında başlangıçta çocuk ve aile büyük krizler yaşasa da daha sonra bu travma atlatılabiliyor. Çocuk psikiyatri olarak bizim bu vakalarla ilgili en önemli yaptığımız şeylerden bir tanesi de tersiyer koruma dediğimiz bu çocukların istismar sonrasındaki tedavilerinin ve rehabilitasyonlarının yapılmasıdır. Cinsel ya da fiziksel istismar, çocuk üzerinde ruhsal, fiziksel ve genetik etkiler bırakabiliyor. Bunların uygun bir şekilde takibi ve tedavisi yapılmalıdır. Özellikle travma sonrası stres bozukluğunu bu vakalarda çok sık görüyoruz. Bununla ilgili kliniğimizde yoğun terapi hizmeti verilmektedir. Özellikle bu vakalarda bilişsel davranışçı psikoterapi en etkili terapi yöntemlerinden biridir. Travma ile çalışan arkadaşlarımızın bu tür eğitimi takip etmeleri ve almaları oldukça önemlidir. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) yine önemli bir tedavi tekniğidir. Kliniğimizde hem bu tedavileri uyguluyoruz hem de aynalı odada asistanlarımıza bu tür eğitimi veriyoruz. Hatta üniversitemizin sürekli eğitim merkezi üzerinden bilişsel davranışçı psikoterapi eğitimlerini de düzenliyoruz.

Travmaya maruz kalmış çocuklarla çalışan arkadaşlarımızda vurgulamak istediğim ikinci bir nokta şu; Özellikle TSSB (travma sonrası stres bozukluğu)'de ilaç tedavilerinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Hatta ağır vakalarda terapiden daha etkili olduğunu, en doğru yaklaşımın bu vakalarda ilaç ve terapinin birlikte uygulandığı tedaviler olduğunu söyleyebiliriz. Dolayısıyla bu tür vakalar ile çalışan arkadaşlarımızın vakalarını mutlaka bir çocuk psikiyatristine yönlendirmesi, uygun ilaç tedavilerinin düzenlenmesi ve bunu takiplerinin yapılması önemlidir.

Çocuk İstismarında Adli Tıp Yaklaşımı

Doç. Dr. Sadık Toprak

İTF Adli Tıp AD

Doç. Dr. Sadık Toprak:

Çocuk istismarına adli tıp yaklaşımı konusunda birkaç nokta üzerinde durmak, deneyimlerimi paylaşmak istiyorum. Şiddet sınıflandırmasına baktığımız zaman birkaç şekli olduğunu görürüz. Şiddetin birçok boyutu var bu boyutları her zaman çok kolayca birbirinden ayırt edemeyebiliriz. Cinsel şiddetin bunların içerisinde diğer şiddet tipleri ile birlikte olduğunu görmekteyiz. Bu noktalarda sınırları çizmek son derece önemli. Cinsel şiddet dediğimizde birçok insanın inandığı gibi sadece penetrasyonu anlamamalıyız. Son zamanlarda yeni bir cinsel şiddet türü ile karşı karşıya kalmaktayız örneğin internet ortamında cinsel içerikli çocuklara ait resimler ve videolar bulunmaktadır. Çocuğun görüntüleri alınarak, o görüntülerle şantajlar yapılıyor ve buna hukuk sistemi, adli tıp sistemi ne kadar hâkim bilmiyorum. Böyle birçok vakamız var. Böyle bir değişimin de içindeyiz. Önümüzde bambaşka bir dünya var. Eskiden olduğu gibi insanın insana yaptığı şiddet tipleri ile de karşı karşıya kalmaktayız. Ayrıca çocuklarda duygusal şiddeti de oldukça sık görüyoruz. Aile içi şiddette en sık gördüğümüz sorun sınırın belirlenmemesidir. Çocuğa hangi sözü şiddet kabul edeceğiz. Hangi vuruşu şiddet kabul edeceğiz. Burada ciddi bir problem var. Yani hangisini kabul etmemiz gerektiği yönünde ciddi bir tartışma var. Bu nedenle kültürel özellikleri belirlemek çok önemli. Yani Türkiye'de kullanılan şiddet düzeyiyle, şiddet tanımı ile yurt dışında kullanılan şiddet tanımı aynı olmayabilir. Farklı kültürel yapılar söz konusu olabilir. O yüzden hangi kültürde yaşadığımız hangi tarihte yaşadığımız son derece önemli. Şiddet konseptini anlarken bunun tarihsel sürecini de ortaya koymak lazım, bu konuda birkaç şey söylemek istiyorum.

Ülkemizde yasalarla ve adli açıdan sorunlar var mı diye soracak olursak net yasalarımız olduğunu söyleyebilirim. Anayasa'nın 10. maddesi ne diyor, eşitlik ilkesinden söz ediyor. Anayasa'nın 41. Maddesi "Aile Türk toplumunun temelidir" der. Yani aile içi şiddetle ilgili doğrudan doğruya anayasamızda yasal düzenlemeler var. Yine Türk Ceza Kanunu'nda aile içi şiddet ve mağdurun korunması ile ilgili birçok yasal düzenleme var. Çeşitli suçlar için aile içi şiddet sonucu meydana geldi ise bunların hafifletici değil tam tersine ağırlaştırıcı faktör olarak kabul edilmiştir. Bunlar neler mesela? kasten yaralama suçu, yaralama eylemi, eziyet eylemi, cinsel dokunulmazlığın ihlali, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, kötü muamele suçu. Bütün bunlar eğer aile içinden birisine bunlar yapıldıysa ağırlaştırıcı bir faktör oluyor. Belki eskiden bunların bazıları hafifletici sebep olarak sayılıyordu, Şimdi tam tersine ağırlaştırıcı sebep olarak sayılıyor.

Bu arada yine anlaşılması gereken noktalardan bir tanesi de şu çocuk istismarına sadece bir aile için veya sadece aile dışında fiziksel istismar, cinsel istismar gibi sınırlamak lazım.

Peki bir genel olarak baktığım zaman mesela sosyal çalışanlar için, tıp doktorları için, hemşire arkadaşlarım için yani çocuklarla temas için bazı önemli bulguları var aslında çocuk istismarının, onların gerçekten istismara uğrayıp uğramadığını anlamamızı sağlayan okul performansında veya davranışlarında ani değişiklikler, fiziksel ve tıbbi sorunlar için yardım alamaması, çocukta sürekli tetikte durma, yetişkin gözetiminden yoksun olma. Bunların bazısını çocuk ifade ediyor bazısını ifade etmiyor. Adli tıp uzmanı olarak bizim gördüğümüz vakalar nasıl vakalar? Künt travmaları, boğulmaları ve ihmal görüyoruz.

Sarsılmış bebek sendromu, bu bizim adli tıp pratiğinde sıklıkla gördüğümüz vakalardan bir tanesi. Genellikle 1 yaş altı çocuklar, onlar da ne oluyor? Bebek ağlıyor, bir sıkıntısı var, rahat durmuyor o an itibarı ile, gürültü çıkarıyor. Bu sebeple ne yapıyor saldırgan bu bebeği tutuyor koltuk altlarından ve hızla bütün gücüyle sallıyor. Burada önemli nokta şudur; bebeğin baş ağırlığı yetişkinlerden çok daha fazladır. Baş bir kamçı hareketi yapıyor, ağır hasarlar meydana geliyor çocuklarda. Bunlarda kafa travması, iç organ yaralanmaları çocuklar özellikle de künt travmalara çok maruz kalıyorlar. Bunlarda tekrarlayan kırıklar görüyoruz. Çocukluk çağındaki kırıklıklar yetişkinlik çağındaki kırıklara göre farklılık gösteren kırıklıklar.

Yine bunların en önemli özelliklerinden bir tanesi kişinin yanında gelen, küçüğün yanında gelen kişilerden farklı tipte ifadeler alıyoruz. Bu da çok önemli bulgulardan bir tanesi. Yaralanma olduğunu düşünerek soruyorsunuz anne ve babanın farklı öykü verdiğini fark ediyorsunuz.

Bunların muayenesi esnasında da sağlık çalışanlarına önemli görevler düşüyor, bunu da hatırlatmak isterim. Şüphelenilen, çocuk istismarından şüphelenilen bir çocuğun muayenesinde, yanında bulunan ebeveynleri de olacaktır. Kesinlikle suçlayın tavra girmemek gerekir. Kişilere karşı suçlayıcı tavır göstermeye kalkarsanız o zaman o çocuğu bir daha görme olasılığınız pek kalmaz. Bu nedenle bizim her zaman söylediğimiz nedir, kesinlikle suçlayıcı bir ifadeye girme, anne baba böyle bir şey hissetmesin. Bu nasıl oldu, nasıl yaptınız bunu, siz görmediniz mi? Bu şekildeki ifadeler biz kesinlikle adli tıpta girmeyiz. Hiç kimseye karşı suçlayıcı bir tavır içinde olmayız.

Bunun hakkında birkaç sebebi var. Bir tanesi eğer bu çocuk gerçekten istismara uğruyorsa, şüphelerinizde haklıysanız bu çocuğu dediğim gibi bir daha göremezsiniz. Eğer bu çocuk gerçekten istismarı uğramıyorsa yani sadece istismara taklit eden duyguları varsa o zaman da

anne babayı suçlamış olursunuz. O da çok ağır bir suçlama. O yüzden böyle bir şeyin içine girmemek lazım.

Peki ne zaman şüphelenmem gerekir, hangi durumda ben çocuk istismarından şüphelenmeliyim dersanız eğer... Hastanın ifadesi ile tutarsız yaralanma paterni olması.

Bir çocuk geldiği zaman özellikle fiziksel istismarın en sık olduğu bölgeleri muayene ediyoruz., muayene esnasında kesinlikle yönlendirici soru sormuyoruz. Küçüğün kendisinin olayı anlatmasını sağlamaya çalışıyoruz. Yönlendirici sorular size her zaman farklı yerlere götürür, bunlar her zaman doğru şeyler olmayabilir. Ayrıca mutlaka kendi kelimeleri ile yazıyoruz. Şöyle bir şey demiyoruz hiçbir zaman bir hasta hakkında, kişi tecavüze uğradığını iddia etmiştir. Asla böyle bir cümle kurmuyoruz. Kişi ne dediyse, hangi kelimeyi kullandıysa, o çocuk nasıl bunu ifade ettiyse tam olarak öyle yazıyoruz. Hiçbir zaman bir tıbbi ifade bir genel ifade kesinlikle kullanmıyoruz. Hastanın dosyasına mutlaka kendi ifadelerine yer veriyoruz.

Cinsel istismarda tarih olarak çok tarihsel olarak yapılmış bir şey. Cinsel istismar konusunda hem raporların yorumlanması hem çocukları muayenesinde adli tıpta bizim çok önemli bir kuralımız var. Cinsel teması dair bulgunuz varsa harika tamam siz bunu bulmuş olabilirsiniz; mesela DNA bulabilirsiniz, bir ekimoz, bir ısırık izi cinsel organlar etrafında, öyle çok kıymetli çok güzel bulgular fakat hiçbir bulgu da bulamayabilirsiniz. Bunda hiçbir sorun yok. Şunu unutmuyoruz hiçbir bulgunun olmaması, fiziki hiçbir bulgunun olmaması bu cinsel saldırının olmadığı anlamına gelmez. Çünkü tehdit yoluyla, kandırma yoluyla ya da bambaşka biri yolla hiçbir fiziksel bulgu olmadan cinsel saldırı gerçekleştirilebilir. Bu hem çocukta hem de kadın da bu şekildedir. O yüzden kesinlikle fiziksel bulgu olmayan cinsel saldırılara önyargıyla yaklaşmıyoruz.

Yine cinsel istismarın da birçok bulgusu var. Bunları sadece cinsel genital bölgede görülen bulgular olarak saymayın. Kâbus görmek gibi, altını ıslatmak gibi, ani iştah değişiklikleri, tabi hamilelik olabilir, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, evden kaçma. Buna benzer birçok abulgusu var. Bunları da dikkatlice anemnezde değerlendirmek gerekir.

3. OTURUM:

OLGU 1

Daha önce sağlıklı olan 12 aylık erkek bebek evde koltuktan yaklaşık 40 santimetre yükseklikten yere düştükten sonra havale geçirme, bilinç kaybı yakınmaları ile ailesi tarafından acil servise getiriliyor. Hastanın genel durumu kötü ve tüm vücudunda tonik kasılmalar saptandı. Diğer sistem muayenelerinde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Vücudunda herhangi bir ekimoz veya herhangi bir travmatik lezyon gözlenmedi. Hemogram, kanama diyatez testleriyle kan biyokimyası normal sınırlardaydı. Kranial ve bilgisayarlı tomografide beyin ödemi solda subdural kanama gözlemlendi. İskelet grafilerinde kırık saptanmadı. Göz bebeği incelemesinde retinal hemorajiler görüldü. Böyle bir hastada multidisipliner olarak yaklaşımların nasıl olması gerektiği tartışılacak.

Pediatristlerin Yaklaşım

Prof. Dr. Ayşe Kılıç

İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü

Prof. Dr. Ayşe Kılıç:

12 aylık bu olguda multidisipliner yaklaşımda bulunulmalıdır, yürümeye yeni başlayan bir çocuk ve bize nöbet geçirme yakınması ile getiriliyor.

Hastanın tıbbi izlemi:

Yoğun bakım ünitesinde kraniyal görüntülemelerde öyküde belirtilen yükseklikten düşme ile açıklanamayan beyin kanaması var. Radyoloji ile konsülte edilerek kanamanın yaygınlığı ve ağırlığı konusunda bilgi alındı. Retinal hemoraji açısından göz hastalıkları ile konsülte edildiğinde retinal hemorajiler olduğu saptandı. Hayatı tehdit eden bir durum söz konusu. Bu çocuğun öncelikle ABC dediğimiz solunum yollarının, solunumunun, dolaşımının değerlendirilmesi gerekiyor. Ayrıca nöbetinin durdurulması, ilk yapılacak girişimler arasında yer alıyor. Çocuğa tıbbi yaklaşımda bulunurken bir taraftan sosyal öyküsünün alınması çok önemli. Bu çocuğun 40 santimetre yükseklikten düştüğü ve sonra nöbet geçirdiği belirtiliyor. Görüntülemelerde intrakraniyal ve subdural kanaması var. Daha önce öyküde de belirtildiği gibi çocukta kanamayı kolaylaştıran bir durum olup olmadığı kan sayımı, kanama diatezi tetkikleri yapılarak dışlanmalıdır. Ayrıca diğer kemiklerinde ve organlarında kırık, kanama olup olmadığı değerlendirilmelidir. Öyküyle uyumlu olmayan fizik muayene ve laboratuvar bulguları göz önünde bulundurulduğunda çocuk istismarı akla gelmelidir. Nitekim bu olguda sosyal öykü derinleştirildiğinde üvey babasının çocuk çok ağladığı için onu sarstığı zaman zaman yere fırlattığı ve dövdüğü öğrenildi. Ayrıca babanın işsiz olduğu, alkol kullandığı annesi tarafından ifade edilmiştir. Annesi kendisinin de baba tarafından şiddete uğradığını anlatmıştır. Özellikle intrakraniyal kanaması olan çocuklarda istismar şüphesi olduğunda gözde retinal kanama varlığı araştırılmalıdır. Olgumuzda da göz konsültasyonu sonucunda retinal kanama saptanmıştır. Öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulguları, görüntülemeler, konsültasyonlar sonucunda ön tanımız sarsılmış bebek sendromudur.

Öncelikle çocuğun hastanede yatarak tıbbi tedavisi yapılmalı ve adli tıp ile konsülte edilerek adli raporu tutulmalıdır. Eş zamanlı sosyal hizmet uzmanıyla birlikte anne ve çocuğun koruma altına alınması için Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne rapor yazılarak koruma kararı alınması çıkarılmalıdır. Ayrıca bu çocuğun çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirilmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Anneye iş bulunabilir, çocuk ücretsiz kreşe gidebilir, gerekirse baba işsizse babaya iş bulunarak alkolü bırakmaya yönelik bağımlılık tedavisi yapılabilir.

Sarsılmış bebek sendromu tanım: Yenidoğanın veya yeni yürümeye başlayan çocukların bir erişkin tarafından şiddetli bir şekilde sarsılması, fırlatılması veya dövülmesidir. Fiziksel istismarın küçük çocuklarda görülen en ağır şeklidir. Bu sendromda şiddetli sarsma sonucunda beyin hücreleri oksijensiz kaldığı için hasar oluşmakta ve hücreler ölmektedir. Şiddetli sarsma esnasında kranial ve retinal kanamalar gelişebilir.

Risk Faktörleri

- Bebeklerden gerçekte olmayan beklentiler
- Genç veya tek başına ebeveynlik
- Stres
- Aile içi şiddet
- Alkol veya madde bağımlılığı
- Dengesiz aile durumları
- Depresyon
- Çocukken kötü muamele görmüş olmak
- Erkek olmak

Bu olgu için risk faktörleri; Erkek cinsiyet, üvey baba, babanın işsiz olması ve alkol kullanmasıdır. Ayrıca on iki aylık bebekler yürümeye yeni başladığı için normal araştırmacılık dediğimiz ailelerin yaramazlık dediği riskli bir dönemde bulunmaktadır.

Sarsılmış bebek sendromundaki belirti ve bulgular:

- Aşırı sinirlilik
- Uyanık kalmakta zorluk
- Solunum sorunları
- Kötü beslenme
- Titremeler
- Kusma
- Soluk veya mavimsi ten

- Nöbetler

Diğer bulgular:

- Görülemeyen başka yaralanmalar,
- Beyinde ve gözde kanama,
- Omurilik ve boyunda hasar, omurga, kafatası ve kemiklerde kırıklar bulunur.
- Sarsılmış bebek sendromunda hiçbir bulgu görülmesi bile bu çocukların uzun süreli izleminde öğrenme güçlüğü ve davranış bozukluğu olabileceği belirtilmektedir.

Prognoz: Kafa travması ile gelen çocukların 1/3'ü ölebilir. 1/3'ünde görme kaybını da içeren ağır sekeller meydana gelebilir. 1/3'ü ise hiç sekel kalmadan veya hafif sekel ile iyileşebilir. Görme kaybı beyin hasarının şiddeti ile ilişkilidir. İlk başvuruda pupil cevabının olmaması kötü prognoz göstergesidir. Nörolojik bulgularının şiddeti ile retina hemorajilerinin ağırlığı arasında ilişki bulunmuştur. Retina kanamalarının olması, mortalite ihtimalini yaklaşık 5 kat artırmaktadır.

Retinal kanama olmadan kafaiçi bulguların olabileceği akılda tutulmalıdır.

Önlemler:

Pediatristlerin anne-babalara çocukları ağladığında ne hissettiklerini ve neler yaptıklarını sormaları ve çözüm önerilerinde bulunmaları tavsiye edilmektedir. Ağlayan bir çocukla karşı karşıya kalan bir ebeveyne öncelikle çocuğun beslenme durumu, ateşinin kontrol edilmesi, ince bir örtü ile çocuğun kucağa alınması ve yatıştırılmaya çalışılması önerilmektedir. Bütün bu girişimler ile çocuğun ağlaması devam ederse bir doktora başvurması evde çocukla yalnız kalınmaması gerekir. Dünyada yapılan araştırmalarda, anne-baba eğitimlerinin, sarsılmış bebek sendromu sıklığında %40-60 oranında azalma sağladığı gösterilmiştir. Anne baba eğitimlerine gebelik döneminde başlanırsa daha etkili olduğu bildirilmiştir.

Radyolojik Bulgular

Doç. Dr. Zuhâl Bayramoğlu

İTF Pediatric Radyoloji BD

Doç. Dr. Zuhâl Bayramoğlu:

Ŗimdi bir günlük pratikte nasıl yardımcı olabiliyoruz diye konuŖursak... Radyolojik ve klinik korelasyon terminolojisinde bahsetmek istiyorum. Radyolojik değerlendirme yaparken hem hastanın muayene bulgularını bilmek isteriz hem de muayene bulguları radyolojik bulgularla uyumlu mu bunları değerlendirmek isteriz.

1 yaŖında olan bir çocuktan bahsediyoruz. Bu ocukta değerlendirme yapmak için en basit, en zararsız tetkiki öncelikle seçmek isteriz. O da günlük pratikte genellikle ultrasonografi oluyor. Ultrasonografi ile beyin parankimindeki deęiŖiklikleri veya ekstra parankimal yerleŖimli lezyonları değerlendirebiliyoruz. Radyasyon riski yok. Hasta baŖında, hızlıca, bilinç deęiŖiklięi olsa dahi portable cihazlarla uygulanabilir ve kontrol görüntülemeler için tekrarlanabilir bir modalite. Özellikle 1 yaŖa kadar bakıda beynin büyük bir kısmını değerlendirmemiz mümkün olabiliyor. Beyin parankimindeki hematom veya ekstraaksiyel yerleŖimli hematomlar, kolleksiyonlar olabilir. Tabi ki konveksitedeki lezyonları atlama riskimiz mevcut.çok yaygın bu hastada olduğu gibi bilinç deęiŖiklięine de sebep olabilecek durumlarda belirgin bir ekstraaksiyel subdural, epidural hematomları ultrasonografi ile gösterebiliyoruz. Hastanın göz bulguları da mevcuttu. Yüzeyel problemlerle da orbitadan, göz kapağı üzerinden jelle bakıda göz içerisindeki sıvının durumunu, lensin arkasında kalan kesimdeki hemorajileri ve zar kısımlarındaki detaŖmanları, ayrıŖmaları da gösterebiliyoruz. Dolayısıyla göz içerisindeki kanama ile birlikte bilinç bulanıklığının saptandığı bir hasta. Bu durumda sadece 40 santimetreden dŖmŖ, belki halı gibi yumuŖak bir zemine dŖmŖ olan çocukta bu tarz göz bulgularını görmeyi çok beklemiyoruz. Elbette ki kafasının sivri kŖelere de arpmıŖ olabilir ki bu daha çok sefal hematom, subgaleal hematom, sutur diastazı gibi bulgularla birlikte gelebilir.

Bu ocukta travmanın tipi ve Ŗiddeti ile açıklanamayan bilinç deęiŖiklikleri var. Aynı zamanda göz muayenesinde de göz dibi bulguları mevcut. Bu sebeple daha yaygın kanama ve veya dem varlığı daha global bir beyin parankim hasarının olması beklenebilir bir durum. Bu durumda hastaya ileri bir tetkik önermek gerekiyor ve bu genellikle kanama dŖnlen bir çocukta, travma sonrasında kanama ve kırık dŖnlen bir çocukta, bilgisayarlı tomografi tetkiki oluyor. Yüksekte dŖmeye bağlı hastada sütürlerde diastaz görülebilir. Ancak, strlerden oryantasyonlu etrafa ıŖınsal Ŗekilde aşılanan lineer fraktürler, stellat fraktürler veya lineer kırıklar, kafatasına bası Ŗeklinde oluŖturulmuŖ pinpon topu fraktürü dediğimiz tipte fraktürler ocuk istismarının en tipik bulgularındandır. BT kesitlerinde üç boyutlu görüntüleme ile rekonstrüksiyonlar yaparak kafa kaidesinde veya verteks üzerindeki kırıkların ayrıŖmasını, yaygınlığını

daha kolay değerlendirebiliyoruz. Kırıklarda strlerdeki gibi zikzak konfigürasyonu kaybolur, lineer fraktürler veya kme Őeklindeki durumlar bize üç boyutlu olarak demonstre edilebiliyor.

Hastanın bilgisayarlı tomografi görüntüsünde subdural hematom saptanmış. Subdural hematom varlığı genellikle ileri geri sarsılmış, aşağı yukarı itilmıŐ çocuklarda beyin parankimindeki ivmelenmeler ile birlikte kortikal köprü venlerin rüptürü sonucu oluyor. Bununla birlikte kafatasına çarpan beyin kesimlerde özellikle anterior frontal, anterior temporal kesimlerde, korteksteki kontüzyonlar dem ve veya hemoraji ile karşımıza çıkabiliyor. Yine beyin sapındaki kontüzyonlar, sinir liflerinin hasarı ile birlikte bu hastadaki bilinç bulanıklığını, solunumsal ve dolaŐımsal problemleri de açıklayabiliyor. Kemik yapılar komŐu olarak izlediğimiz hilal Őeklindeki bu hematom sahası özellikle akut dönemde hiperdens olarak izlenebiliyor. Kanama süreci ilerledikçe beyin parankimi ile izodens olarak seçilebilir hatta bazı tetkiklerde seilemeyebilir. O yüzden travmanın ne zaman meydana geldiğini, kaç hafta öncesinde, kaç gün içerisinde olduğunu bilmek hafif dansite deęiŐikliklerini yorumlamak için oldukça önemli. Beyin parankimi ile izodens olan bir koleksiyon subakut bir travmaya işaret ediyorken, hiperdens gördüğümüz koleksiyonlar akut travmayı, akut bir subdural hematomu dŐndrebilir. Zaman geçtikçe bu koleksiyonlar izodens hale gelebilir. Yine verteks yüzeyindeki bikonveks Şekilde izlediğimiz hematomlar epidural yerleşimli olup sinüslerin rüptürüne bağlı olarak da epidural ve subdural hematomlar birlikte bu çocuklarda görülebilir.

Koronal kesitlerde baktığımızda falkslara komŐu alanda falksı içine alan kalınlaŐma olduğunu, komŐuluęunda parietal bölgede yaygın bir epidural hematoma olduğunu ve falks boyunca subdural alanda devamlılık gösterdiğini görebiliyoruz. Hematom ne kadar büyük olursa beyin parankimine bası yapma etkisi, orta hattan shift yapma etkisi fazla olur. Kanama içerisindeki heterojeniteler, farklı dansitede kanama alanları varlığı, kanamanın deęiŐken zamanlarda gerçekleştiğini, tekrar eden kanama varlığı veya kronik zeminde akut kanamanın eklenmesi Şeklinde yorumlanabilir. Bu da travmanın tekrarlayıcı bir nitelikte olduğunu yeni kanamaların eklenmiŐ olduğunu bize dŐndrebiliyor. Beyin parankimindeki hasar ne kadar büyükse cilt, cilt altı ve kemikte de o kadar hasar olmasın bekleriz ama bu çocukta travma ile açıklanabilecek cilt altı kontzyonunun da olmadığını görüyoruz. Dolayısıyla düşme ile açıklanamayacak bir durum var. Bu filme baktığımızda normalde korteks ve ak madde ayrımı yapılabilen bir çocukta eğer bunu göremiyorsak, beyinde yaygın hipodansite varsa bu çocukta yaygın beyin ödemi olduğunu da söyleyebiliriz. Travma ne kadar Şiddetli ise, ne kadar fazla miktarda beyin hasarı olduysa o kadar yaygın bir dem görülebilir ve bazen de watershed dediğimiz vasküler yapıların sulama alanlarında iskemiye, burada MCA'daki sulama alanında bir

hipodansite mevcut, korteks ak madde ayrımının bozulması şeklinde görüyoruz. Bu durumda ise taraf farkı oluşturan nörolojik bulgular da saptanabilir.

Kontüzyonlar bazen beyin BT’de hiç görünmeyebilir. O zaman elimizde ikinci bir modelite var. Manyetik rezonans görüntüleme. Flair görüntülemeler ve difüzyon ağırlıklı görüntülemelerde hastanın özellikle korteks ve ak madde bileşkesindeki aksonal hasara bağlı ödem ve hemorajiye ait lezyonları saptamak mümkün olabilir.

Yine farklı bir bulgu olarak beyin parankiminde mikrohemorajilere bağlı demir içeriği yüksek alanları SWI dediğimiz gradient eko sekanslarla daha belirgin olarak ortaya koyabiliriz. Beyinde korteks-ak madde bileşkesinde, beyin sapında ve bununla birlikte ekstraaksiyel yerleşimli olan epidural- subdural hematomlar da SWI sekansında hipointens sinyal şeklinde görülüyor. Sonuçta hem ödemi hem de ödem içerisindeki kanama odaklarını MR görüntüleme ile daha net olarak gösterebiliyoruz. Diffüz aksonal yaralanma BT’de her zaman hemorajik olmayabilir. Hemorajik olduğunda evet BT ile saptayabiliriz ve genellikle diffüz aksonal hasar ileri bilinç değişikliği ile birliktelik gösterir. Ancak diffüz aksonal hasarı BT ile saptayamıyorsak, FLAIR sekans dediğimiz serbest suyun baskılandığı ancak ödemin ortaya çıktığı veya difüzyon ağırlıklı görüntülemeler gibi hipoksik iskemik bir hasarın ortaya konduğu sekanslar ile ek olarak görüntülenebilir.

Çocukta subdural hemoraji saptanmış. Bir MR görüntüsüne baktığımızda ekstraaksiyel alanda hilal şeklinde orta hattı ve suturleri geçmeyen sıvı koleksiyonlarını görebiliyoruz. Bunun hem hiperdens hem de hipodens alanları olduğunu ve dolayısı ile farklı aşamalarda birkaç hafta içerisinde yeniden üzerine eklenen kanama anlamına gelmektedir.

Benim anlatacaklarım ve göstereceklerim bu kadar. Teşekkür ederim sizlere.

Göz Bulguları

Uzm. Dr. Nihan Aksu Ceylan

İTF Göz Hastalıkları AD

Uzm. Dr. Nihan Aksu Ceylan:

Merhabalar sayın hocalarım değerli katılımcılar. Ben de sarsılmış bebek sendromunun - bu olgu da yaşı gereği sarsılmış bebek sendromu olarak söylüyorum- göz bulgularından ve bununla ilgili yaklaşımlarımızdan bahsetmeye çalışacağım.

Sarsılmış bebek sendromunda (SBS) bizim en sık gördüğümüz bulgu bu olguda da olduğu gibi intraoküler hemorajiler yani göz içi kanamalar. Genellikle hemoraji bulgusu ile karşılaşırız. En sık gördüğümüz bu ama en spesifik olan bu değil. En spesifik dediğimizde bu kanamaları bileteral (her iki gözde) görüyoruz, çok yaygın bir şekilde görüyoruz aynı anda birçok tabakada intraoküler hemoraji şeklinde görüyoruz.

Tanıda en önemli basamak tabii ki şüphe etmek; çünkü hemoraji (kanama) aslında birçok hastalıkta, metabolik hastalıklarda, travmalarda görebildiğimiz bir bulgudur. Anemnezde genellikle bu olgularda istismar öyküsü olmuyor ve neredeyse hiçbir zaman ilk başvuru göz hastalıklarına olmuyor, bu olguları genellikle konsültasyon şeklinde görüyoruz. Bir travma söz konusu olduğunda ya da böyle bir istismar durumundan da şüphe edildiğinde o şüphe ile göz hastalıklarına hastalar konsülte ediliyor. Şüphe edildiği an konsültasyon istenmesi önemli çünkü bulgular çok hızlı bir şekilde kaybolabiliyor maalesef. Bu da tanıda gözden kaçmasına sebep olabilecek bir şey. Oftalmolojik değerlendirmenin biz genellikle ilk 24-72 saat içinde yapılmasını istiyoruz. Tabii ki her olgunun durumu hemen göz konsültasyonuna uygun olmuyor. Ayşe hocamın da söylediği gibi; önce ABC şeklinde değerlendirilip hayati müdahaleler yapıldıktan sonra, hayati olmayan sistemik değerlendirmelere ve göz değerlendirmesine sıra geliyor. Mümkünse en kısa sürede göz konsültasyonu istenmesini öneriyoruz. Yapılan çalışmalardan; oftalmolog tarafından değerlendirilmediğinde retinal hemorajilerin atlanabildiğini-gözden kaçabildiğini biliyoruz. Çünkü değerlendirmeyi dilate fundus muayenesi olarak yapmak önemli. Göz bebeğini damlalarla büyüterek göz dibinin, göz arkası tabakaların detaylı değerlendirilmesine dilate fundus muayenesi diyoruz. Burada amaç herhangi bir bulguyu gözden çıkarmamak. Direkt oftalmoskopi ile bakıldığında çok kısıtlı bir alana görüyoruz ve bu bulgunun kaçırılmasına sebep olabilir. Retinal hemorajilerin atlanmasında en büyük sebeplerinden biri de direkt oftalmoskopi ile kısıtlı bir alanın değerlendirilebilmesidir. İndirekt oftalmoskopi ile göz bebeğini büyüterek baktığımızda ise çok daha geniş bir alanı gördüğümüz için değerlendirme daha yeterli düzeyde oluyor. Tabii ki pupil reaksiyonun takibi gereken nörolojik çok ciddi sınırlı olgularda damla damlatmadan, göz bebeğini büyütmeden muayene yapılabilir.

Göz bulgusu olarak en sık retinal hemorajileri yani gözün arka tabakasındaki kanamaları görüyoruz ama bunun yanında sarsılmanın şiddeti ile travmanın şiddetiyle orantılı olarak çok daha ciddi bulgular da ortaya çıkabiliyor. Çeşitli tabakalarda hemorajiler, retina dekolmanı yani göz arkasında retina dediğimiz tabakada birbirinden ayrılma, optik sinirde aynı şekilde travmatik optik nöropati gibi hasarlar ve sarsıntı, travma çok ciddi ise eğer kortikal yani kranial patolojisi ile ilişkili olarak görme azlığı da oluşabiliyor.

Retinal hemorajiler nasıl oluşuyor? Sarsma durumu söz konusu olduğu için küçük bebeklerde, öne ve arkaya hareket tekrarlayan fleksiyon ekstansiyon ve rotasyona sebep oluyor. Bunun sonucunda retinal damarlarda gerilme ve kopmalar meydana geliyor. Bebeklerde göz içindeki yapıların birbirine bağlantısı çok daha sıkı. O yüzden böyle sarsma durumlarında o sıkı bağlantılar daha çok hasara sebep olabiliyorlar. Bunun dışında; beyin ödemi, subdural kanama basısı nedeniyle kafa içi basınç artışı ve göz içi basınç artışları da yine retinal hemorajilere sebep olabiliyor.

Bizim muayenede gördüğümüz bulgular; bu şekilde göz arkasında retinal hemoraji dediğimiz bu kırmızı yuvarlak gördüğümüz kanama alanları. Sarsılmış bebek sendromunda özellikle sık görüyoruz. Kazaya ilişkin kafa travmalarında da aslında retinal hemorajiler oluşabilir ama çok daha nadir olarak gelişiyor. O yüzden; yaygın retinal hemorajiler küçük bir bebekte saptandığında mutlaka istismarı da göz önünde bulundurmamak, ayırıcı tanıda düşünmek gerekir. Tüm tabakalarda yaygın ve ileri düzeyde olması önemli. Normalde diğer sarsılmış bebek dışındaki durumlarda tüm tabakalarda kanamaları çok sıklıkla görmüyoruz. O yüzden bu sarsılmış bebek sendromu için spesifik bir bulgu.

Sıklıkla bilateral yani her iki gözde karşımıza çıkıyor. Unilateral yani tek taraflı olması sıklıkla SBS'yi ekarte ettirmez ama o zaman farklı travma durumlarına farklı etyolojileri de değerlendirmek gerekiyor. Bilateral olduğunda şüphemiz biraz daha kuvvetli olmuş oluyor.

Aslında zamanı konusunda da bu hemorajiler bize fikir veriyor. 24- 48 saat içinde hemorajiler gerilemeye başlıyor ve büyük çoğunluğu 1-2 hafta içerisinde tamamen kayboluyor. Biz yaygın bir intraretinal hemoraji gördüysek burada olduğu gibi akut bir dönemden bahsedebiliriz; ama 24-48 saat geçtikten sonra hemorajiler gerilemeye ve kaybolmaya başladığı için, ilk anda böyle yaygın değil de daha seyrek hemorajiler oluştuysa ve göz muayenesi de erken dönemde yapılmazsa hiçbir göz bulgusu da saptayamayabiliriz.

İntraretinal hemorajilere göre preretinal oluşan hemorajiler daha geç rezorbe oluyor. Preretinal dediğimiz retina tabakasının üzerinde, intraretinal ile retina tabakasının içinde oluşan

kanamalar. Preretinal olanlar daha geç gerilediği için eğer ilk travma ile böyle bir hemoraji oluştuysa bu daha geç gerileyeceğinden kronik dönemde bu hemorajileri görebiliriz ama kanamanın çeşidi ne olursa olsun erken ya da geç gerileyeceğinden biz aradan birkaç hafta geçtikten sonra gözde hiçbir bulgu saptamayabiliriz.

Çok daha ciddi travmalarda nörolojik durumu ve kranial patolojisi ile ilişkili olarak optik atrofi yani göz sinirinde solukluk da ortaya çıkabiliyor. Bunlar genellikle geç dönem bulgusu; birkaç ay sonra hastanın anamnezinde böyle bir travma sorguladığımızda öğrenebiliyoruz, erken dönemde böyle bir bulguyu görmüyoruz.

Yine şiddetli travmalarda retinal foldlar ve retinoskizis dediğimiz göz arkasındaki retina tabakasının birbirinden ayrılmasını ve katlanmasını görebiliyoruz. Bu da yine sarsılmış bebek sendromu ile kuvvetli ilişkili yani böyle bir bulgu gördüysek çok ciddi bir travmadan bahsedebiliriz. Muhtemelen bu bulguların görüldüğü bir olguda nörolojik bulgular, nörolojik sekeller de eşlik edecektir; fakat kaza sonucu oluşan ağır travmalarda da bu bulgular görülebilir. Anamnezde geçirilmiş ağır bir travma öyküsü yoksa geçirilmiş çok ciddi bir kaza veya kafa travması yoksa mutlaka böyle durumlarda da sarsılmış bebek sendromundan şüphe etmek gerekiyor. Papil ödemi yani göz sinirlerinde ödemi de yine aynı şekilde nörolojik hasarla orantılı olarak görebiliyoruz. Eğer artmış bir intrakranial basınç söz konusuysa göz dibi değerlendirmesinde göz sinirinde ödem görüyoruz. Bu bulgu erken dönemde hemen birkaç saat içinde oluşmuyor, artmış intrakranial basıncın sonucunda papil ödemin oluşması en azından bir 24 saat alıyor.

Ayırıcı tanıda mutlaka diğer sebep olabilecek hastalıkları ve travmaları da düşünmek ve ekarte etmek gerekiyor; çünkü bu tanıyı koymak yani istismar ile ilişkili olduğunu söylemek aslında çok da kolay değil. Olgu çok küçükse, doğumdan sonraki ilk bir ayda saptanan hemorajilerde doğum ile ilişkili perinatal retinal hemorajileri de akılda tutmak gerekiyor. Kazayı mutlaka sorgulamak gerekiyor. Hematolojik bozuklukları, metabolik hastalıkları, hastanın eşlik eden hastalık ve bulgularını da sorgulayıp bunların ayırıcı tanısını mutlaka yapmak gerekiyor. Buradaki olgu 12 aylık bir bebek. Retinal hemoraji, normal bir göz muayenesinde görmeyi beklediğimiz bir bulgu değil. Öncelikle kaza, travma ve sistemik hastalık sorgulamalıyız. Eğer bu kaza ile ilişkili bir kafa travması ise; kanamaları genellikle optik sinir çevresinde daha az sayıda ve belki tek gözde görüyoruz; ama travma, kaza öyküsünün olmadığı, sistemik hastalığın olmadığı ve her iki gözde yaygın kanamaların olduğu böyle bir olguda istismar ile ilişkili travmadan şüphe etmek gerekir.

Takip ve tedavide, dediğim gibi bu kanamalar çok hızlı gerilemeye başlıyor, büyük çoğunluğu 1-2 hafta içinde tamamen kaybolabiliyor. Foveayı etkileyen yani görme merkezini etkileyen bir durum söz konusuysa bu durumda ciddi görme kaybına sebep olabiliyor. Hemoraji gerilese bile geride sekeller bırakıyor. Erken yaşlarda, geçici görme kayıplarına sebep olan patolojiler göz tembelliğine sebep olduğundan bu hastalara aslında çok hızlı müdahale etmek gerekiyor. Eğer görme merkezini etkileyen ciddi bir kanama söz konusuysa cerrahi tedavi de tercih edilebiliyor; ama onun dışında hemorajilerin çoğunluğu kendiliğinden gerileme eğiliminde olduğundan ve 1-2 hafta içinde kaybolduğundan genellikle olguları takip ediyoruz. Sarsılmış bebek sendromu ile ilgili yapılan çalışmalarda; bu olgularda şaşılık, göz tembelliği, optik sinir ödemi, solukluğu, kortikal görme azlığı ve yaşa göre görme azlığı yüksek oranlarda saptanmış yani göz bulguları geriliyor ama geri de kalıcı bir görme kaybı bırakıyor, bulgular gerilese de nörolojik ve oftalmolojik sekeller kalıcı görme kaybına sebep olabiliyor. Merkezi sinir sistemi hasarı ve retinal hasarın düzeyi görsel prognozu etkiliyor. Eğer yaygın retinal hemoraji varsa, retinal foldlar oluştuysa, papil ödem varsa artmış intrakranial basınçtan bahsedebiliriz. Zayıf pupiller cevap varsa ve ilk başvuruda ciddi görme kaybı varsa bu hastalarda mortalite yüksek. Görme kaybı genellikle kafa travması ile ilişkili olarak meydana geliyor. Yapılan çalışmalarda hastaların yaklaşık yarısında görme seviyesinin %50 ve üzerinde, yine yaklaşık yarısında ise daha düşük düzeylerde olduğu saptanmış. Bu nedenle, çok ciddi sekel bıraktığı için, çocuk istismarında önleyici programlar her zaman daha öncelikli durumda oluyor, istismarın oluşmasını önlemek önemli çünkü bu sekelleri maalesef tedavi ile önleyemiyoruz. Bu çocuklarda ilerleyen dönemde ciddi görme kayıpları, ciddi engellilik durumları söz konusu olabiliyor.

Benim gözle ilgili anlatacaklarım bu kadar, dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Adli Tıp Yaklaşımı

Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger

İTF Adli Tıp AD

Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger:

Sayın hocalarım ve değerli katılımcılar.

Olgu multidisipliner olarak değerlendirildiğinde sarsılmış bebek sendromu (SBS) tanısı konulmuştur. Sarsılmış bebek sendromu (SBS) özellikle 1 yaş altı bebeklerde kafa içi (subdural) kanama, göz içi (retinal) kanama ve beyin hasarı, hatta ölümlle sonuçlanabilmektedir. SBS bebeği bakan kişinin (bakıcı, ebeveynin, ebeveynin beraber yaşadığı kişi vb.) bebeği sarsmasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Bebeğin durdurulamayan ağlaması, bebeğin niçin ağladığını anlayamayan ve nasıl davranacağını bilemeyen bebeği bakan kişide kaygıya yol açar. Bu şiddetin temel tetikleyicisidir, öfkeyi artırır. Öfke artışı kontrol kaybına neden olur. Bu stres, yetersiz sosyal destekler nedeniyle, ani olarak büyüyebilir, kontrolün kaybı ile sarsma meydana gelebilir. Daha önceden tamamen sağlıklı bir çocuk hastaneye beslenme bozukluğu, kusma, solunum sıkıntısı, nöbet, huzursuzluk, uykuya eğilim, bilinç düzeyinde değişiklik ile gelebilir.

Çocuk hastalıkları hekimleri bebekteki intrakranial kanama nedeninin fiziksel istismar olup olmadığının belirlenmesi amacıyla adli tıp konsültasyonu istemektedir. Konsültasyon sırasında bebekler yaşları nedeniyle konuşmadığı için anne ve baba ile ayrı ayrı görüşülür. Olayın olduğu zaman bebeğin yanında kim (bakıcı vs.) varsa ayrı ayrı bu kişilerden detaylı bir anamnez alınır. Daha sonra bebeğin fizik muayenesi yapılır. Görüşme yapılan kişilerin anlattığı öykülerde bir farklılık, muayenede fiziksel travma bulgularının olup olmadığı, fiziksel travma bulguları mevcut ise anlatılan öykü arasında tutarsızlık olup olmadığı değerlendirilir. Muayene bulguları doğrultusunda farklı uzmanlık alanları ile konsülte edilerek olgu ilgili uzmanlar, çocuk hastalıkları uzmanları ile multidisipliner olarak ele alınır. Olgunun fiziksel istismara bağlı olarak sarsılmış bebek sendromu olduğunu düşünüldüğünde adli olgu kapsamında değerlendirilir. Bulunulan yerdeki görevli polis memuru aracılığı ile cumhuriyet savcısına ihbarı sağlanır. Bulunulan yerde görevli polis memuru olmadığı durumlarda; kişinin ne şekilde başvurduğu ve bütün tıbbi delillerin detaylı bir şekilde yazıldığı, adli olgunun kimlik bilgilerinin ve evinin adresinin yer aldığı adli rapor düzenlenerek, ilgili cumhuriyet savcısına ya posta yolu ile ya da yakın bir yerde ise biz bizzat götürebiliyoruz. TCK'nın 280. maddesi sağlık personelinin adli olgu bildirimlerini yapmakla yükümlü kılmalıdır. Eğer sağlık çalışanı bu yükümlülüğü yerine getirmezse cezai sorumluluğu bulunmaktadır. Burada adli tıp açısından en önemli nokta, intrakranial kanamalarda nedenin sarsılmış bebek sendromu olabileceğinin düşünülmesidir.

Çocuk Psikiyatrisi Yaklaşımı

Dr. Öğr. Üyesi İlyas Kaya

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Dr. Öğr. Üyesi İlyas Kaya:

Değerli hocalarımıza katkıları için teşekkür ederim.

Çocuk psikiyatri hekimi olarak öncelikle diğer hocalarımızın da değindiği gibi bir şüpheden yola çıkarak buraya varıyoruz. Şüphe etmemiz gerekiyor. Prognozuna baktığımız zaman bu çocukların özellikle öğrenme bozuklukları, konuşma bozuklukları, serebral palsiler söz konusu olabilir. Olguların bir kısmı ölümle sonuçlanıyor ama ölümle sonuçlanmayanlar arasında sonradan psikiyatrik başvuru olabilecek başlıklardan özellikle bahsediyorum. Yine epilepsiler, görme kayıpları, gelişimle ilgili gecikmeler söz konusu olabilir. Tek başına zihinsel gelişim bozukluğu söz konusu olabilir. Serebral palsy, zihinsel gelişim bozukluğu, öğrenme bozukluğu, dil ve konuşma bozuklukları olan vakalara geriye dönüp bakmak gerekir. Acaba bu olguların kaç tanesinde Sarsılmış Bebek Sendromu söz konusu? Sayılara bakıldığında ülkemizle ilgili tam olarak net bir veri yok. Amerika’da yılda 600 ile 1400 arasında vaka olduğundan bahsediyor. Bu aslında hiç az bir sayı değil. Öncelikle bunu da biliyor olmamız lazım.

Bunun dışında risk faktörlerinden bahsedildi. Yine çocuk psikiyatrisi açısından da risk faktörlerinin önemli olduğunu düşünüyorum. Neden önemli olduğunu düşünüyorum? Çünkü fiziksel istismarın bu derece ağır olduğu bir vakada, istismarın diğer çeşitlerinin olma olasılığının da çok yüksek olduğunu düşünüyorum. Diğer istismar türleri yani bunlar neler olabilir? Cinsel istismar, psikolojik istismar söz konusu olabilir. Ayrıca ihmal bu vakalarda ciddi anlamda üzerinde durulması ve tartışılması gereken durumlardan birisidir.

Özellikle yine bizler için önemli olan, bu çocukları öncesinde de görme imkânına sahip olabiliriz. Özellikle pediatristler bu anlamda çocuk psikiyatristlerinden daha şanslılar. Hangi ailelerde daha sık olur bu vakalar, bunu gözlemlemek ve diğer hocalarımızın da söylediği gibi bu çocuklarımızı korumayı sağlamak öncelikli olandır. Özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde bu vakaların çok daha fazla olduğunu görüyoruz. Ailelerde bu vakada olduğu gibi alkol ve madde kullanımının sık olduğu durumlarda bağımlılığın çevresel bir risk faktörü olduğu ve sarsılmış bebek sendromu ile beraber diğer istismar türlerinin de söz konusu olabileceğini akılda tutmak gerekir. Aile içi şiddet (domestic violence) vakalarında; şiddet sırasıyla anneye, büyük çocuğa olur ve sonra sıra küçük oyun çocuğuna ve bebeğe gelir. Burada sarsılmış bebek sendromu en ağır fiziksel istismar formlarından biri olduğu için; diğer fiziksel istismar vakalarında çok dikkatli olmak gerekir. Sarsılmış bebek sendromu vakalarını önleyebilmek için fiziksel istismar vakalarına muhakkak müdahale etmek gerekir.

Yine risk faktörleri arasında sayılabilecek olan vakalar genç ebeveynler ve tek ebeveynler. Günümüzde boşanma gün geçtikçe artmakta ve bu da çocukların tek bir ebeveyn tarafından yetiştirilmesini maalesef mecbur kılmaktadır. Ebeveynler tek başına hem hayatın tüm diğer stresleri ile hem de çocuk bakımı ile başa çıkmak zorundadır. Tek ebeveynli yaşamın getirdiği stres yükü çocuklarla olan ilişkiyi bozabilir ve bazen çocuktan veya bir bebekten alışılmadık ya da olmaması gereken düzeyde bir beklentinin oluşmasına sebep olmaktadır. Bu tür vakalarda çocuğun ağlama esnasında her iki elle alınır ve sarsılır. Bir çocuktan, bir bebekten anormal bir beklenti ağlamaması. Nitekim çocuklar ağlayarak ve bazen bağırarak kendilerini ifade edebilir. Aileler yoğun stres altında bunun farkında olmayabilirler.

Biyolojik olarak ailede depresyon öyküsü, özellikle de annede depresyon söz konusuysa ve çevresel olarak geçmiş istismar öyküsü varsa sarsılmış bebek sendromunu akılda tutmak gerekir.

Sarsılmış bebek sendromu erkek çocuklarda sık görülür. Cinsiyet açısından istismarcılara baktığımız zaman da özellikle babaların daha fazla fiziksel istismarda bulduklarını görüyoruz. Baba ya da annenin erkek arkadaşı en sık failler arasında yer alır. Daha sonra en sık gördüğümüz istismarcılar bakıcılarıdır. Çocuk bakıcıları çoğu zaman kadındır ve de en son sırada istismarcı anneleri klinikte görüyoruz.

Asıl önemli konu, genel olarak önlem noktasında neler yapılabilir? İstismar bu aşamaya gelmeden önce, mağdurların ya da istismarcıların yardım arayışı içerisinde olması çok önemlidir. Bireylerin bu aşamaya gelmeden önce ulaşabileceği eğitim programları olmalıdır. Bu noktada ailelere eğitimler vermemiz gerekir. Aile destek sistemlerinin öfke anında devreye girmesi gerekir. Ülkemizde 112'ye benzer acil istismar destek hattının olması gerekir. Kriz anında kişinin ulaşabileceği ve destek alabileceği bir hat. Ailelere şu adımları öğretmemiz lazım: Özellikle öfke anında, şiddet söz konusuysa, kesinlikle çocuğu kucağına almaması, hatta mümkünse bir süre odadan ayrılması ve öfkenin sönmesi ile odaya tekrar girmesi sağlanmalı, eğer öfkesini engelleyemeyecekse o an ulaşabileceği bir yakını ya da bir arkadaşından muhakkak destek alınması sağlanmalı ya da yaşadığını ülkede varsa muhakkak bir kriz hattını araması sağlanmalı; ailelere önleme eğitimleri verilmeli diye düşünüyorum. Muhakkak annenin depresyonu gibi ailede var olan tüm psikiyatrik problemler çözülmeli, özellikle alkol ve madde kullanımı olan aile bireyleri tedavi edilmelidir. Postpartum dönemde psikotik içerikli depresyon veya psikoz söz konusu olabilir. Bunların erken tanısı ve tedavisi çok önemlidir.

Öfke eğitimi, kişinin kendi öfkesini kontrol etmeye yönelik eğitimler alması, eğitimler yetmezse psikiyatrik olarak destek alması koruyucu yaklaşım açısından önemlidir. Bu bazen terapi olur, bazen ilaç olur, bazen terapi + ilaç şeklinde olabilir. Sarsılmış bebek sendromunu önlemede işin psikiyatrik ayağını unutmamak gerekir.

Sayın hocalarıma ve değerli katılımcılara tekrar teşekkür ediyorum.

Sosyal Hizmet Yaklaşımı

SHU. Kemal Güdek

İTF Sosyal Hizmet Birimi

SHU. Kemal Güdek:

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı bu gibi vakalarda ne yapar? Böyle bir vaka geldiği zaman tıbbi sosyal hizmet birimine konsültasyon isteniyor. Sosyal hizmet uzmanının görevi burada psiko-sosyal bir bakışla bu vakaları değerlendirmektir. Psiko-sosyal: çalışma disipliniinde 100 yıllık bir teori ve bundan beslenen yaklaşım. Kısa bir örnek vereyim. Örneğin A4 kağıdını önümüze aldık, gözümüzün önünde tutarsak bu yazıyı, hiçbir şeyi okuma şansımız olmaz; uzağımızda tuttuğumuzda ise çoğu şeyi görme şansımız vardır. Psiko-sosyal yaklaşım da buna benzerdir.

Öncelikle bu çocukta eğer sarsılmış bebek sendromundan kaynaklı sorunların altında yatan neden ailenin yoksulluğu ve sağlık güvencesinin olmaması ise sağlık tedbiri düşünülebilir. Sonra ebeveynlerle ilgili bir inceleme gerekebilir. Bizim ilk yaptığımız genelde aile değerlendirme ölçeği ile ailenin fonksiyonlarını ölçmektir. Bunlar nelerdir? Rol, iletişim, duygusal tepki verebilmek, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler. Çok büyük bir ihtimalle sarsılmış bebek sendromunda iletişim rolünde eksiklikler olduğu görülecektir. Duygusal tepki verebilme ve davranış kontrolü ihmale yol açabileceğinden bunlarda da sorunlar çıkacaktır. Bunlara karşı neler yapabileceğimizi düşünmemiz lazım.

Böyle vakalarda birinci olarak 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'na göre sağlık tedbiri ve aileye danışmanlık tedbiri almak kamu hukuku açısından çok uygundur. Sonraki sistem ailenin yeniden tekrar istismara yol açmasını önlemek için psiko-sosyal boyuttaki görüşmelerimizde bir element ile diğer element arasında tutarsızlık varsa ya da herhangi bir tıbbi personele farklı şey söyleyip de bize farklı uygulamalar söylenmişse ve bunlar da rekonsültasyonlarla ortaya çıkmışsa ailenin bir şeyler sakladığı yönünde düşünce tarzınız ağırlık kazanmalı. O zaman aileye de müdahale etmek gerekebilir. Sağlık tedbiri raporunu eğer biz aldıysak, takibini de bizim yapmamız gerekir. Takip sırasında başlangıçtaki ve sondaki görüşmelerde ailenin durumu değerlendirilmelidir, iyileşme ve kötüleşme olduğu araştırılmalıdır. Özetle; iki basamaklı bir yaklaşım sergilemek gerekir. Birinci basamakta 5395'e göre bir işlem yapmak. Bunun anlamı çocuğu aileden almak değil tam tersi ailenin daha fazla kontrol alanını genişletip yeni bir istismarı önleyici çalışmalar yapmaktır. İkinci basamakta dünyada ünlü sosyal çalışma uzmanı Satir'in uygulamalarından kaynak alan hümanist aile terapisidir. Bilişsel, davranışsal ya da aile yapısından kaynaklanan bir sorun varsa yapısal aile terapileri veya çalışmaları birlikte uygulanıp teknikler planlanabilir. Kamu hukuku, kamu bildirim yapılsa bile çalışmalara devam etmek

gerekir. Önemli olan bataklığın tamamı ile kurutulmasıdır. Ailenin fonksiyonlarındaki düzelme yeniden istismarın önüne geçecektir.

Sosyal çalışmanın bu bakış açısına psiko-sosyal olarak çok önemli bir kavram bulunmaktadır, toplum içerisindeki bireyin durumunun belirlenmesi psiko-sosyal ayrıntılı özelliklerini anlaşılmasını sağlıyor. Eğer daha farklı durumlar varsa işlevsellik kriterleri devreye sokulabilir. Ailenin ekonomik durumunu belirlemek ya da bir kılçık modeli ile sorunları ayrıştırıp neye nasıl müdahale edeceğimize ve nereden başlayacağımıza dair farkındalık yaratmaktır.

Birinci basamakta mutlaka ailenin psikiyatrik değerlendirilmesi yapılmalıdır. Ruhsal sorunları varsa izlenmesi ve tedavi edilmesi uygundur. Bu sebeple hem çocuk hem erişkin psikiyatristlerinin devreye girmesi bütüncül bakış açısı yönünden anlamlı olacaktır.

Hukuksal Yaklaşım

Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin

İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi İdare Hukuku AD

Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin:

Teşekkür ederim sayın Hocam. Davet için özellikle teşekkür ederim. Benim için çok orijinal bir deneyim oluyor. Farklı disiplinler kendi dünyalarından önlerindeki meselelere bakıp değerlendiriyor, çözüm üretmeye çalışıyor ama çocuk alanı disiplinler arası çalışmaların zorunlu olduğu bir alan. Bu sebeple bugünkü gibi çalışmaların çok faydalı olduğu kanaatindeyim.

Şimdi olguyu incelemeye başlarken her bir olguda Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin ilgili maddelerini zikretmek istiyorum. En nihayetinde çocukların temel hakları var ve çocuklara zarar verici her bir davranış bu haklardan bir veya birkaçının ihlali anlamına gelebiliyor. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesinde çocukların bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suiistimal, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için devletlere tedbirler alması yönünde yükümlülük yüklenmiştir. Bunun ilk anlamı şu; bu olguların oluşmaması için, çocuk koruma merkezlerine, çocuk izlem merkezlerine hiç ihtiyaç kalmayacak şekilde, daha ortaya bir ihmal ve istismar çıkmadan, ihmal ve istismarın çıkmasını önleyici şekilde hizmetler yürüten bir organizasyona sahip olmak lazım. Bütün konuşmacılar konunun bu boyutuna değindiler ve bir eksikliği işaret ettiler. Normalde çok erken bir dönemde aileye verilecek destekle, çocuğa verilecek destekle çocuk üzerinde fiziksel şiddet belirtilerinin ortaya çıkma ihtimalini tamamen ortadan kaldıracak şekilde önleyici sosyal hizmetlerin devlet tarafından yürütülmesi gerekiyor.

19. maddenin ikinci anlamı ise önleyici hizmetler yürütülemediği veya yürütülse de her vakayı önceden tespit etmek mümkün olmayabilir, sonuçta çocuk ihmal ve istismara uğradığı zaman karşımıza çıkıyor. Bu sefer çocuğa ve gerekirse onun bakımını üstlenen kişilere, annesine, babasına sosyal programlar düzenlenmesi yine devletlere yükümlülük olarak getirilmiştir. Olgu 1 üzerinden gidecek olursak, olgu ortaya çıktıktan sonra yani artık bir çocuğun ihmal ve istismara uğradığı fark edildiği andan itibaren ne yapılması gerektiğinin organizasyonunun da yine devlet tarafından oluşturulmuş olması gerekiyor.

9. maddeden de bahsetmek gerekiyor. Bu şu anlamda önemli, bir çocuğun en temel hakkı anne ve babası ile birlikte yetişme hakkıdır. Bunun tek istisnası anne ve baba ile olmanın çocuğa zarar vermesi, artık anne ve baba ile yaşamak çocuğun yararına aykırı hale gelmiştir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 3. maddesi, çocuklarla ilgili bütün hukuki meselelerin, aynı zamanda sosyal ve tıbbi meselelerin temel ilkesi olan çocuğun yüksek yararı ilkesini bize hatırlatıyor. Çocuğun yüksek yararına aykırı bir durum ortaya çıkarsa ancak bu durumda çocuk

anne ve babasından alınıp farklı koruma ortamlarına götürülebilir. Ne olabilir? İşte bu olguda olduğu gibi çocuğun anne ve baba ile birlikte yaşaması ona zarar veriyorsa çocuk aileden alınabilir.

Çocuk Koruma Kanunu'ndan bahsedildi 5395 sayılı Kanun, aynı zamanda 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu da var. Eskiden Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu vardı. Onun kanunuydu 2828 sayılı Kanun. Orada korunmaya ihtiyacı olan çocuklarla ilgili hükümler vardı. Sonra 5395 sayılı kanun çıkarıldı. Genelde şimdi temel kanun bu 5395 sayılı kanun ama 2828'de hâlâ çocuklar bakımından uygulanmakta olan hükümler var, onu da söylemiş olalım. Biraz önce Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesine değindim, çeşitli tedbirler alınabileceğinden bahsettim. Bu tedbirlerin iç hukukta düzenlendiği yer 5395 sayılı kanunun 5. maddesi. Bu maddede danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık, barınma tedbirleri düzenlenmiştir. Ayrıca, Türk Medeni Kanunu'nda hâkimin çocuğun korunmasına yönelik çeşitli tedbirler alabileceği yer almaktadır. Medeni Kanun bizim çocukların korunması hakkında en eski kanunumuz. 2000'li yıllarda yenilenmekle birlikte Sosyal Hizmetler Kanunu'ndan önce, Çocuk Koruma Kanunu'ndan önce Türk Medeni Kanunu'nda korunmaya ihtiyacı olan çocuklara yönelik hâkimin alabileceği tedbirler düzenlenmekteydi. Günümüzde Kanunun 347. maddesinde bedensel, zihinsel gelişmesi tehlikede bulunan veya manen terk edilmiş bir çocuk söz konusu olduğunda hâkimin çocuğu ana babadan alarak bir aile yanına veya kuruma yerleştirebilme imkânı düzenlenmektedir.

Olgu 1'e dair bizimle paylaşılan ve oturumun başında okunan metne baktığımda hem buradaki tıbbi ifadeler dolayısıyla hem de belki diğer uzmanlarımızın yaptığı değerlendirmelerle zenginleşip artık bir hukuki değerlendirme yapabilme noktasına gelme bakımından çeşitli ihtimaller üzerinde düşünerek bu olguya çalıştım. Çünkü şöyle düşünün her önünüze gelen ve çocuğun işte bir fiziksel zarar gördüğü durum illa ihmal veya istismar vakası olmayabilir.

Bu noktada bir parantez açmak isterim; tıpçı konuşmacılarımızın verdiği bilgiler çok değerliydi ama benim için biraz yabancı dil gibi. Bu da aslında disiplinler arası çalışmaların önemini gösteriyor. O paylaşılan çeşitli bilgiler önümde yazılı olarak bulunduğu ben onlardan hiçbir şey anlamıyorum açıkçası. Birlikte çalışmak, birlikte değerlendirmek, tıp dilini normal bir şekilde ifade edip karşılıklı olarak konuşmak vs. gibi hususlar çok önemli.

Parantezi kapatarak kaldığım yerden devam ediyorum. Ayşe Hocam babanın şiddet uyguladığından bahsetti. Hatta annenin de bunun mağduru olduğundan bahsetti. Şimdi bu bilgiler ışığında olgu benim zihnimde biraz daha netleşmiş oldu. Bu bilgiler olmaksızın olaya baktığımız zaman çeşitli ihtimaller gündeme gelebilir. Birincisi babanın çocuğuna karşı şiddet uygulaması, Ceza Kanunu'nda suç olarak düzenlenmiş bir konu. Bu şiddetin derecesine göre, kötü muamele suçu, aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihmali suçu olabilir. Daha ağır bir davranış bozukluğunda kasten yaralama olabilir ki eğer 12 aylık bir bebeğe uzun süredir baba sürekli şiddet uyguluyorsa burada kasten yaralama, hatta bunun işkence, eziyet suçlarına kadar varabilecek boyutları olabilir. Bu suç ihtimalleri gündeme gelebilir çünkü babanın çocuğa zarar vermek kastından bahsediyoruz.

Velev ki olay şöyle olsaydı, çocuk evde gerçekten koltuktan düşmüş, ondan dolayı bir zarar görmüş olsaydı ve yapılan incelemeler sonucunda babanın çocuğa şiddet uyguladığına, annenin çocuğa şiddet uyguladığına dair herhangi bir veriye ulaşılamasaydı; bu durumun da hukukta bir karşılığı var. Ceza Kanunu'nda taksirle işlenen fiiller olarak bunlar ifade ediliyor. Bunun esprisi de şu; dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranış. Diyelim ki anne alışveriş için evden çıktı, küçük yaşta çocuğunu evde bıraktı, çocuk evde bir şeylerle oynarken dolap üzerine devrildi, zarar gördü. Anne içeride oturuyor, çocuk banyoda su ile oynuyor yaşı 2-3, anne çocukla ilgilenmiyor çocuk suda boğulma riski geçiriyor gibi durumlarda annenin orada çocuğa bir zarar vermek kastı yok; fakat ne var? Dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranış var. Bunun da ceza hukuku bakımından bir karşılığı var ama bunu biz belki bir ihmal olarak, yani istismar değil ama bir ihmal olarak hukuken ifade edebiliriz. Böyle bir durumda da yine bunun suç oluşturma riski var.

Hekim bu detayı bilmeyebilir, bilmesine de gerek yok. Her ailede, her ev ortamında yaşanabilecek bu gibi ihmal tarzı davranışların hekimler için bildirim yükümlülüğü bakımından bir yükümlülük oluşturmadığı kanaatindeyim. Ancak, bir hekimin önüne babasından şiddet gördüğüne dair incelediğimiz olguda olduğu gibi bulgular geldiği an artık bir bildirim yükümlülüğü hekim bakımından doğmuş oluyor. Bildirim yükümlülüğü Ceza Kanunu'nun 279. ve 280. maddelerinde düzenlenmiş. Burada şöyle bir püf noktası var. Bir sağlık çalışanı aynı zamanda kamu görevlisi ise o zaman Ceza Kanunu'nun 279. maddesine göre işlem yapılıyor. Yargıtay'ın genel kabulü bu şekilde. Aslında 280. maddenin üst başlığı sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi, dolayısı ile kamuda çalışsın, özelde çalışsın fark etmez bütün sağlık mensuplarının kastedildiği bir madde gibi duruyor. Genelde doktrinde de böyle kabul

ediliyor ama Yargıtay sağlık mensubu aynı zamanda kamu görevlisi ise 279. maddenin uygulanması gerektiği yönünde kararlara sahip. 279. maddenin cezası da 280'e göre biraz daha fazla. Arada sonuç bakımından böyle de bir fark var. Bildirim yükümlülüğü bakımından kısaca bu hususları ifade etmiş olayım.

Bizim olgumuz bakımından babanın şiddet uyguladığı bir çocuk var. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu 5.maddesini hatırlayacak olursak, orada düzenlenmiş çeşitli tedbirler vardı. Bu çocuğa yönelik bir sağlık tedbirinin alınması hukuken ilk akla gelendir. Bunun için bir sosyal inceleme raporunun hazırlanması lazım. Mahkemeye dosya intikal etmeden önce hazırlanması lazım. Dosya intikal ettikten sonra, hâkim eğer elindeki veriler yetersizse bir sosyal inceleme raporunu almak zorundadır teorik olarak. Maalesef bizim mevzuatımız bu sosyal inceleme raporunun alınmasını zorunlu kılmamış. Yani hakimler isterlerse bu raporu alabilirler istemezlerse almazlar. Sadece kararlarında neden almadıklarına dair usulen gerekçe yazmaları yeterli kabul ediliyor. Sistemimizin eksiklerinden bir tanesi. Bakın öyle bir disiplinler arası çalışma gerektiren hususta bir hâkimin bu konuyu kendi bilgi ve görgüsü ile çözebilmesi mümkün değildir. Mutlaka multidisipliner yaklaşıma sahip bir rapor gerekli. O raporun da sadece bir sosyal hizmet uzmanı veya bir adli tıp uzmanı tarafından hazırlanan bir rapor olması lazım. Multidisipliner bir rapor olması lazım. Farklı disiplinlerden kimselerden oluşan bir heyet tarafından hazırlanmış olması lazım. Bu eksiklikler neye yol açıyor daha sonra; hakimlerin kararlarının sağlıklı olmamasına, korunmaya alınması gerekirken bir çocuğun korunmaya alınmasına gerek olmadığı şeklinde karar vermelerine veya korunma altına alınmasına karar verilmekle birlikte uygun olmayan tedbire karar verilmesine yol açabiliyor.

Şimdi bütün uzmanları dinleyince ben Çocuk Koruma Kanunu 5. maddesindeki hem danışmanlık tedbirinin hem bakım/barınma tedbirinin hem de sağlık tedbirinin birlikte alınabileceğini düşünüyorum. Çocuğun sağlık konusunda yaşadığı sorun ortada. Bunun ciddi bir tabibe ihtiyacı var, bu bakımdan sağlık tedbiri lazım.

Danışmanlık tedbiri. Baba şiddet uyguluyor, babaya yönelik zaten cezaî bir takibatın yapılması söz konusu. Aynı zamanda davranışlarını düzeltmesine yönelik bir danışmanlık da sağlanabilir ama olayda özellikle annenin bu konuda bir ihtiyacı olduğunu anlıyorum. Hem bir defa şiddet mağduru olarak bir rehabilitasyona ihtiyacı var hem de yaşadığı travmaların onda oluşturacağı olumsuz etkilerin azalması bakımından bir tedavi, bir danışmanlığa ihtiyacı var. Dolayısıyla danışmanlık tedbirine de hükmedilebilir. Bizim sistemimiz aynı anda farklı

tedbirlere hukuken hükmedilmesine imkân tanıyor. İlla sadece danışmanlık, sadece bakım, sağlık değil bu tedbirlerin hepsine birden hükmedilmesi mümkün.

Bakım tedbiri de burada devreye girebilir. Ne anlamda girebilir. Yani babası sürekli şiddet uygulayan, anne şiddet mağduru olan çocuk aileden alınarak kuruluşa veya koruyucu aile yanına yerleştirilebilir. Buna karşın, incelenen olgu bakımından çocuğun ve annenin birlikte koruma altına alınması daha uygun bir tedbir gibi durmaktadır ve 5. maddenin e bendinde yer alan barınma tedbiri gündeme gelebilecektir. Barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara barınma imkânı sağlanması deniyor e bendinde; babadan evde sürekli şiddet gören anne ve çocuğun bu kapsamda ikisinin birlikte alınarak bir kuruma yerleştirilmesi söz konusu olabilir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 9. maddesini hatırlayalım; aile ile birlikte yetişme hakkından bahsetmiştik. Baba şiddet uyguluyorsa anne uygulamıyorsa çocuğun en azından annesi ile birlikte hayatını devam ettirmesine imkân tanıyacak hukuki tedbiri yani barınma tedbirini almak uygun olacaktır. Bu olgu özelinde benim değerlendirmelerim bu şekilde. Teşekkür ediyorum.

4. OTURUM:

OLGU 2

13 yaş 8 aylık kız çocuk. Annesi tarafından bir devlet hastanesi çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine karın ağrısı ve bulantı Őikayetleri ile getirildi. Annesinden alınan öyküde kızının son zamanlarda içine kapandığını, dikkat dağınıklığı ve odasında yalnız kalma isteği olduğunu belirtmiştir. Kız çocuğundan alınan öyküde 20 yaşındaki öz abisi tarafından son 3 yıldır vajinal ve anal yoldan cinsel istismar eylemlerine maruz kaldığı aktarılmıştır. Kız çocuğuna yapılan genel beden muayenesinde karında hafif Şişlik olduğu fark ediliyor, tüm batın ultrasonografisinde gebe olduğu saptanıyor. Kadın doğum polikliniğinde yapılan değerlendirmesinde ise 24 haftalık gebe olduğu belirleniyor.

Pediatristlerin Yaklaşımı

Prof. Dr. Ayşe Kılıç

İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri, Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü

Prof. Dr. Ayşe Kılıç:

Öncelikle belirtmek isterim ki bu olgular, gerçek olgular değil, sanal olarak, eğitim açısından önemli noktaları vurgulamak amacı ile oluşturulmuştur.

Olgu 2’de de “Multidisipliner yaklaşımda” bulunulmalıdır. Hastanın tanısı cinsel istismar ve ensesttir.

Yaklaşım; Olgunun öyküsünde öz geçmişi sosyal durumu öğrenilmeli, genel beden muayenesi yapılmalı puberte bulguları not edilmelidir. Bu olguların genital muayenesi için öncelikle savcıdan izin alınmasının gerekli olduğu unutulmamalıdır. Bunun için de adli rapor tutularak ilgili ilçenin kolluk kuvveti, çocuk polisi ve savcılığına ihbar edilmesi gereklidir. Olgunun bu şekilde Çocuk Koruma Merkezleri veya Çocuk İzlem Merkezlerine yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Bu merkezlerde çalışan arkadaşların özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından örnek almaları çok önemlidir.

Cinsel İstismar Tanımı: Ergenin, bir yetişkin veya yaşça ya da gelişimsel olarak kendinden büyük bir başka ergen tarafından; ne anlama geldiğini kavrayamayacağı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, onay vermeyeceği, Kanunlara ve toplumun kültürel değerlerine aykırı Cinsel eylemlere karşı tarafın cinsel doyumunun sağlanması amacıyla kullanılmasıdır. Rızasının olması şart değildir.

Cinsel İstismarı Uygulayanlar; %77 aile, %11 akrabalar, %5 çocuğun bakımıyla ilgisi olmayan kişilerdir. İstismar edenler, genellikle 20-40 yaşları arasında erkeklerdir.

Ensest Tanımı: Ensest ahlaki, hukuki ve dini bakımdan evlenmeleri yasak olan, yakın akraba konumundaki bireylerin cinsel ilişkide bulunmaları olarak tanımlanmaktadır. Aile içi cinsel istismardır. Evlilik ya da evlat edinme çocukla akrabalık ilişkisi bulunan kişiler tarafından aile içi cinsel istismarı tanımlanmaktadır. Kan bağı şart değildir. Örneğin enişte, üvey baba, üvey kardeşler de olabilir. Cinsel istismar özellikle de ensest sıklıkla bildirilmeyip gizli kaldığı için kesin sıklık vermek güçtür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ensest sıklığı %10 olarak tespit edilmiştir. Cinsel istismar faili kurbanın yakın çevresinden olduğu zaman sonuçları daha yıkıcı olabilmektedir.

Ensest olgularında, genital bölgede travmatik lezyonlar, cinsel ilişki ile geçen bir hastalığın varlığı, kronik vulvovajinit, gebelik, çocuğun yaş ve gelişimi ile uygunsuz cinsel dışa vurum davranışları, kuşku uyandırıcı ipuçları olabilir.

Çocuk bu kişileri tanımaktadır. Babanın cinsel istekleri, kız çocuğunun sevgi ihtiyacı, annenin çalışması, bedensel veya zihinsel hastalığı olması bu ilişkiye zemin yaratabilmektedir.

Risk faktörleri:

- Alkolik baba,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar, iktidarsızlık,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,
- Anne ve/veya babanın ailesinde ensest ilişki varlığı,
- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeniyle çocuklara baba veya üvey babanın bakması
- Kız çocuklarının babadan ayrı yaşamaları,
- Yetişkinlerle çocukların aynı odayı, yatağı paylaşmaları,
- Parçalanmış aile yapısı, aile içi şiddet, kalabalık aile yapısı
- Ebeveynlerin eğitim ve sosyoekonomik açıdan düşük düzeyde olmaları,
- İşsizlik

Ensest Neden Gizli Kalmaktadır:

Kadının toplumsal olarak geri planda olması, çevreye “rezil olma” korkusu, ekonomik gücünün olmamasıdır. Yapılan çalışmalarda ensestin her çeşit sosyoekonomik ve kültürel çevrede yaşanmakta olduğu bildirilmektedir. Ensestin yüksek sosyoekonomik düzeylerde daha fazla saklandığı ve bildirilmediği için daha nadir gibi görüldüğünü belirten çalışmalar vardır. Ensest olgularında saldırganın çocuğun güvendiği bir yakını olması ve olayın genellikle çocuğun kendini güvende hissetmesi beklenen evinde hatta kendi yatağında yaşanması, mağdurun istismarı bildirmesini zorlaştıran bir durumdur. Çocuğun olayın farkında olmaması, olayı normalleştirilmesi, kendisini olayın suçlusunu olarak görmesi, taciz edenin baskı ve sindirmesi, çocuğun yetiştiriliş biçimi, aile bireylerinin yaşanan olaydan çıkış yolunu bulamaması, toplumun yanlış namus algısı ve baskısı gibi faktörlere sık rastlanmaktadır.

Nitekim bu olguda da ensest 3 yıl kadar gizli kalmış, karın ağrısı yakınması ile başvurduğu hekim tarafından yapılan incelemeler sonucunda gebelik saptanmıştır.

Ensestin Sağlık ve Sosyal Açıdan Sonuçları

Enseste maruz kalan bireyin tıbbi değerlendirmesi, genel fiziksel ve ruhsal sağlığının değerlendirmesini kapsamaktadır. Enseste bağlı sağlığın her boyutunda sorunların ortaya çıktığı ve sekellerin yaşam boyu sürdüğü görülmektedir. Sağlık sorunları ensestin meydana geldiği sosyokültürel ortama ve mağdurun yaşına, istismarın sıklığı ve süresine, ensestin kimler arasında ortaya çıktığına, cinsel istismar eyleminin özelliklerine, maruz kalınan istismar yöntemlerine, istismar esnasında çocuğa verilen mesajlar ve bu mesajların çocuk için taşıdığı anlamlara göre değişmektedir. Ensest mağduru çocuklar için fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğradığını açıklamak korkutucu, üzücü ve utanç verici olabilmektedir. Bu nedenle çocuklar travmayı açıklamak yerine yaşadığı belirtileri anlatabilir. Bedensel yakınmalar, davranış değişiklikleri, iştah ve uyku sorunları gibi belirtiler travmanın habercisi olabilir. Ensest sonrasında çocuklarda en sık görülen psikiyatrik sorunlar korku ve endişe duyma, depresyon veya içe kapanma, disiplinsizlik, saldırganlık, tırnak yeme, idrar-dışkı kaçırma, okula gitmek istememe, okul başarısında azalma, cinsel konulara anormal ilgi gösterme veya tamamen ilgisiz olma, karabasan görme veya uyku sorunları olarak sıralanabilir. Uzun dönemde anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, uyku bozuklukları, intihara eğilim, zayıf dürtü kontrolü, aile kurmaya ve cinselliğe karşı isteksizlik gibi psikiyatrik sorun ve bozukluklar daha sık görülmektedir. Ensest sorununun en önemli kısmı gizli kalması, bu nedenle de çocuk ve gencin istismarının yıllar boyunca devam etmesidir. Ensestin ortaya çıkarılması, önlenmesi ve sonrasında mağdurun rehabilitasyonu ve topluma kazandırılmasında sağlık ve sosyal hizmet sistemi ile kolluk güçlerinin ve adalet sisteminin iş birliği yanında yazılı ve görsel basının sorumlu ve duyarlı bir yaklaşımla bilgilendirici ve eğitici yayınlar yapması, alanda çalışanların mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinin güçlü bir şekilde yapılandırılması önem taşımaktadır.

Ergen gebeler ve bebeklerinde karşılaşılan tıbbi ve psikososyal sorunlar

Annelerde

- Vücut ağırlığı artışının yetersiz olması
- Preeklampsi
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

- Baş-pelvis uyuşmazlığı
- Ağır hemorajiler
- Doğum sonrası sorunlar
- Anne ölümleri
- Genel iyilik hâlinin bozulması
- Anemi
- Doğum sonrası sorunlar
- Sık gebelik

Bebeklerde

- Düşük doğum ağırlığı
- Ani Erken doğum
- Ani bebek ölümlü sendromu
- Akut enfeksiyonlar
- Kazalar
- Bebek ölümleri

Beden Sağlığı Üzerine Etkileri

Kızlar fiziksel olarak çocuk doğurmaya hazır değilken gebe kalıyor, doğumda ölmese bile idrar/dışkı kaçırmasıyla sonlanan obstetrik fistül gibi kronik komplikasyonlar sık görölüyor. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riski artıyor. Anne ölüm hızı artıyor.

Psikososyal sorunlar

Öğretim kurumlarına devam etmeme, sosyal aktivitelerde sınırlılık, iş fırsatlarının kaybı, yoksulluk, boşanma ve ayrılma, sosyal yalnızlık, stres ve depresyon, madde kullanımı şeklinde sıralanabilir.

Genetik Yaklaşım

Öğr. Gör. Dr. Ayça Dilruba Aslanger

İTF Tıbbi Genetik AD

Öğr. Gör. Dr. Ayça Dilruba Aslanger:

Genetik hastalıklar açısından ensest olgulara yaklaşımında bilmemiz gerekenlerin bu yapılandırılmış vaka sunumunu tartışırken altını çizmek istiyorum.

Bu yapılandırılmış olgumuzu tanımlayacak olursak; ensest kaynaklı bir suç sonucu gebe kalan bir ergenle karşı karşıyayız. Çocuk sağlığı açısından çocuğun sahip olduğu genetik yapı ne kadar önemli ise ruhsal ve bedensel olarak sağlıklı büyümesi için aldığı sağlık hizmetleri de önem taşımaktadır. Çocuk hayatının ilk yıllarında yakın çevresi ile temas halindedir. Aile ortamı büyüme çağında çocuğun psiko-sosyal gelişimini etkiler. Ayrıca yaşadığı coğrafya da dahil olmak üzere sosyokültürel çevredeki belirleyiciler de önemli etkenlerdir. Çocuk istismarı durumlarında olguları değerlendirirken çocuğun yaşadığı aile ve sosyal çevreyi göz önünde bulundurmalıyız. Öyküyü detaylandırırken edindiğimiz aile öyküsü ve anamnez bilgilerini bu nedenle çok önemlidir.

Genetik hastalıklar açısından değerlendirdiğimiz her gebede sormamız gerekenleri olgunun çocuk olması nedeniyle zorlanarak sorabiliriz. Ayrıca ensest olguların çoğunda rastlandığı gibi gebeliğin geç dönemde anlaşılması, olguya yaklaşımda zaman kaybetmemiz gereken önemli bir durumdur. Yabancı bir kişinin tecavüzü sonucunda oluşan gebeliklerin aksine ensest gebelikler daha geç dönemde anlaşılabilir ve zor ailevi/sosyal sorunları da içermektedir. Ayrıca ergen yaşta cinsel istismar sonucu gebelik ile olgunun tarafımıza başvurması bu olgunun yaşına uygun sağlık hizmetlerinden yararlanmadığı konusunda da ipucu verebilir.

Bu olgu hem mağdur hem de cenin için yaklaşımı zor özellikler taşımaktadır. İntrauterin hayattan başlayarak bebeklik, çocukluk ve erişkinlik dahil hayatın tüm evrelerinde rastlanabilen hastalıklar açısından değerlendirme yapmak gereklidir.

Genetik hastalıklar açısından ensest kaynaklı bir suç sonucu gebe kalan çocuk veya ergen bir olguyu değerlendirirken rutin muayene öncesinde her olguda sorguladığımız gibi aile öyküsü, gebelik öncesi veya sırasında olabilecek maternal hastalıklar ve teratojen maruziyeti olup olmadığı önemlidir.

Çocuk (mağdur) veya saldırganda (fail) zihinsel yetersizlik veya genetik/psikiyatrik hastalık varlığının olup olmadığı değerlendirilmelidir. Bu bakış açısı ile hem saldırgan hem de mağdurda ebeveynlerden çocuğa geçebilecek otozomal dominant kalıtılan genetik hastalıklar aklımızda tutulmalıdır. Ayrıca özellikle zihinsel yetersizliği hafif veya sınır olan çocukların cinsel

istismara daha çok maruz kalabilecekleri bilinmektedir. Kız çocukların bu istismar sonucu gebelik ile tarafımıza başvurabilecekleri ancak mağdur erkek çocuklarda istismarının gizli kalabileceği öngörülebilir. Mağdurların %15'inde ve saldırganların %5'inde zihinsel yetersizliğin bildirildiği unutulmamalıdır. Mağdurda cinsel istismarı kolaylaştıracak zihinsel yetersizlik gibi bir durumun varlığının anlaşılması alınacak tedbirler için önemlidir. Ayrıca zihinsel olarak etkilenmiş bir başka olgunun aile içinde varlığının sorgulanması benzer bir suçun işlenmesinin önlenmesi için de uyarıcı olabilir. Ensest olguların aile içindeki yaşatlarına saldırganın benzer cinsel istismar suçu işleyebileceği olasıdır.

İkinci değerlendirmemiz gereken mağdur ve saldırgan arasındaki yakın akrabalık ilişkisidir. Bu akrabalık ilişkisi toplumda sık gördüğümüz 1. derece kuzen evliliklerinden daha yakın bir akrabalıktır. Saldırgan olgunun ebeveyni veya kardeşi olduğu durumlarda genetik materyallerinin yarısı ortaktır. Bu durum çekinik (resesif) kalıtım ile kalıtılan hastalıkların ortaya çıkmasını arttıran bir faktördür. Sağlıklı insanlar 5 ila 10 arasında çekinik kalıtıma sahip hastalıkları taşıyabilirler. Taşıyıcılığın ebeveynlere zararı yoktur, ancak hem anne hem baba adayı aynı hastalığı taşıyorsa, o zaman çocuklarında çekinik kalıtımla ortaya çıkan ağır hastalıkların görülme riski bulunmaktadır.

Ayrıca saldırgan tarafından bilinçli olarak çocuğun istismarını kolaylaştıracak veya gebeliğin önlenmesi için kullanılacak uygunsuz tedbirler, ilaç veya madde kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır. Olası teratojenik veya maternal sağlığı etkileyecek ilaçların yaratacağı tıbbi sorunlar ile karşılaşılabilir.

Mağdur çocukta gebeliğin yarattığı ruhsal sıkıntılar olacaktır. Depresyon, travma sonrası stres bozukluğu sık görülebilir. Gebelik yaşının küçük olması veya uygun sağlık hizmetinin verilememesi veya geç verilmesi tıbbi sorunlara yol açabilir.

Bunlar sorgulamamız gereken ve ama cevaplarını kolay alamayacağımız sorulardır.

Ensest ilişkiden doğan çocuklar ile ilgili durumlardan bahsedecek olursak bu hastalıkların hepsi anne karnında prenatal izlemde ultrasonla anlayabileceğimiz, öngörülebilecek, önceden anlaşılabilir hastalıklar değildir. Ultrasonda görülebilen anomalilerin yanında intrauterin dönemde bulgu vermeyen çekinik kalıtılan nörometabolik hastalıklar için de risk artmıştır. Ani bebek ölümü, düşük doğum ağırlığı ve zihinsel yetersizlik bu grupta artmıştır.

Literatürde yayınlanan olgu serilerinin ciddi tıbbi ve sosyal sorunlara rastlanmıştır. Ensest ilişkiden doğan çocuklarla ilgili yapılan çalışmalarda olguların sadece yaklaşık %50'sinin normal olduğu bildirilmiştir. Anomaliler ile ilgili farklı çalışmalarda birbirine yakın %38, %57 ve %50 gibi yüksek anomali oranları bulunmuş. Ensest olguların çoğunda tıbbi abort seçeneği kullanıldığı için geniş çaplı prospektif veya retrospektif çalışmaların yapılması zor bir gruptur. Var olan çalışma verilerinde ensest ilişkiden doğan çocukların bebeklik dönemi verileri daha çok bulunmaktadır. Dolayısıyla belki de prospektif daha uzun süre izlense doğan bebeklerde zihinsel etkilenmenin artacağı öngörülebilir. Ensest ilişkiden doğan çocuklarda ortalama %43 gibi ağır özürlülük yaratan durumun tespit edilebildiğini söyleyebiliriz. Bu çocukların akıbeti ile ilgili yapılan çalışmalarda ise ensest ilişkiden doğan çocukların evlat edinilme oranının düşük olduğu bildirilmiş. Dolayısıyla mağdur çocuk ve gebeliği değerlendirirken bu ağır anomali oranlarını dikkate almalıyız. Sağlıklı çocuk dünyaya getirme şansları fizyolojik ve biyolojik olarak da azalmış olduğu açıktır. Yakın akrabalık ilişkisinin sonucu olarak biyolojik anne ve baba arasında nörogelişimsel hastalık riskini arttıran genomda büyük homozigot bölgelerin varlığı önemlidir. Ne yazık ki bu hastalıkların genetik etiyolojisi tıbben henüz aydınlatılmadığı için gebelikte sunulabilecek genetik testler de yeterli değildir. Ayrıca annenin gebelik sırasında yaşadığı ruhsal travma ve stresin epigenetik değişiklikler yaratarak şu an öngöremediğimiz kuşaktan kuşağa aktarılacak olumsuz değişikliklere neden olabileceği bilinmelidir.

Bizim bu yapılandırılmış olgu için önerilerimiz kardeş ensesten doğacak bebeğin %50'ye yakın hastalık riski olacaktır. Bunun nedeni yakın akrabalık ilişkisidir. Ultrason değerlendirmesinin veya halihazırda olan genetik testlerin rastlanabilecek tüm hastalıkları dışlayamayacağını belirtmemiz gerekir. Bu nedenle bahsedilen riskler ve olgunun yaşı da dikkate alındığında yüksek anomali bekleyeceğimizi öngörebiliriz.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Yaklaşımı

Uzm. Dr. Burçin Karamustafaoğlu

İTF Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Uzm. Dr. Burçin Karamustafaoğlu:

Çok teşekkür ederim hocam söz verdiğiniz için. Bu olguda adolesan bir gebe ile karşılaşmış durumdayız. Öncelikle adolesan gebeliklerin sahip oldukları risklerden biraz bahsetmek istiyorum size, sizin de demin bahsettiğiniz gibi. Bu gebeler hem gebelik boyunca hem doğum zamanı hem de postpartum dönemde kimi obstetrik sorunlar için yüksek riskli gebeler. Gebeliklerinde preeklampsi, halk arasında gebelik zehirlenmesi olarak bilinen yüksek tansiyon, idrarda protein kaçağı ile beraber giden hastalık için yüksek bir riske sahipler. Bu gerçekleştirdi bu gebeler preeklamptik bir gebe olursa hem kendi hayatları risk altına giriyor hem de bebeğin hayatı. Bu gebeler zaten kendileri küçük, kendi vücutları büyümemiş gebeler adolesan gebeler oldukları için karnındaki çocuklarında tam büyümemesi gelişmemesi söz konusu olabiliyor. Gebelik haftasına göre küçük bebek taşıyabiliyorlar yani intrauterin anne karnında gelişme geriliği bebelere sahip olabiliyorlar.

Gebelik bittikten sonra doğum zamanında bu çocuklar risk altındalar. Niçin risk altındalar? Ayşe hocamın da dediği gibi pelvik anatomileri, yapıları tam gelişmediği için bebeğin doğumuna uygun kemik yapıları olmayabiliyor. Bu nedenle müdahaleli doğum, vakumla doğum veya normal doğum gerçekleşebilmesi, sezeryanla doğum için yine yüksek risk altında gebeler.

Anne karnında gelişme geriliğinden bahsetmiştik; haliyle adolesan gebeler doğum yaptığı zaman da doğum haftasına göre küçük, daha hafif, zayıf bir bebek doğurma ihtimali de ileri yaştaki gebelere göre daha yüksek. Postpartum dönemde de adolesan gebeleri bekleyen sıkıntılar var. Aslında bunlardan bahsedildi herhalde diğer hekim arkadaşlarım daha çok bahsedecekler ama erken lohusalıkta bizim en çok ilgilendiğimiz dönemde gördüğümüz sıkıntı postpartum depresyona bu gebelerin girme ihtimalinin daha yüksek oluşu.

Adolesan gebelerin yaşayacakları bu sorunlardan bahsettikten sonra bu gebenin özeline dönersek ilgili hekimlerce konsültasyonu ve sonrasında hukuki olarak ne olacağına karar verilmesi söz konusu olacak. Kuvvetle muhtemel gebeliğin sonlandırılması kararı çıkacak veya aksi de olabilir hukuki olarak bir karar çıkacak bu gebenin akıbeti için. Bu gebeliğin akıbeti belli olduktan sonra bize de bu kararı uygulamak düşüyor. Gebelik eğer 10 haftadan küçükse daha kolay olarak rahmin içini boşaltmak suretiyle gebeliği sonlandırabiliyoruz. Ama bu olguda olduğu gibi daha büyük haftalarda doğumu gerçekleştirmek de anne için daha sıkıntılı oluyor.

Bazen ilaçlarla, bazen de eğer çocuk çok küçükse bu olguda olduğu gibi normal doğum yaptırmayıp sezaryen gibi yani bir ameliyatla rahmin içinden bebeği almak gerekebiliyor. Eğer gebeliğin takibi kararı çıkarsa da bütün bu riskleri göz önüne alıp optimal destekle gebeliği takip etmek bizim görevimiz oluyor.

Adli Tıp Yaklaşımı

Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger

İTF Adli Tıp AD

Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger:

Sayın hocalarım ve değerli katılımcılar.

Cinsel şiddet mağdurları 18 yaş altında ise cinsel istismara, 18 yaş üstü ise cinsel saldırıyı maruz kaldığı belirtilir. Olgu 13 yaşında, 8 aylık bir gebe olduğundan cinsel istismara maruz kalmıştır. Cinsel istismar/saldırı eylemi ile hastaneye başvuru arasında geçen süre bir hafta ise akut olgu olarak değerlendirilir. Her ne kadar sperm 72-96 saate kadar canlı kaldığı bilinse de akut olgularda cinsel istismar/saldırı eylemi hangi (vajinal/anal/oral) yolla olduysa o bölgelerden sürüntü örnekleri alınır. Ayrıca cinsel istismar/saldırı olaylarında mağdurun olay sırasındaki kıyafetleri yıkamadı ise DNA analizi için kâğıt torbalarda buzdolabında saklanır.

Gebelik terminasyonu (kürtaj) 10. hamilelik haftasına kadar yasal olarak uygulanabilir. Cinsel istismar/saldırı mağdur gebeliğinin 10 ve 20 hafta arasında TCK'nın 99/6. maddesine göre gebelik terminasyonu yapılır. Fakat olgumuz 24 haftalık olmasından dolayı biz ilk önce adli tıp bir değerlendirmesini yaptık. Adli tıbbi değerlendirmesine genel beden, genital (anal ve vajinal) muayenesini yaptık. En son cinsel istismar 4 ay veya 5 ay önce maruz kaldığı için bir genel beden muayenesinde olaya bağlı bir fiziksel ve cinsel istismara ait herhangi bir travmatik lezyon saptanmadı. Vajinal muayenesinde himende yırtıklar vardı. Anal bölgede muayenesinde de anal yoldan cinsel istismara ait travmatik lezyonlar mevcuttu. Biz aynı şekilde bu olgunun en son 4-5 ay önce cinsel istismara maruz kaldığını belirttik. Aradan geçen süre 1 haftadan fazla olduğu için herhangi bir sürüntü örneği almadık.

Olgunun gebelik haftasının belirlenmesi için ilk önce kadın doğum uzmanına gönderiyoruz. Tabii ki kadın doğum uzmanları da özellikle gebelik haftasını belirlerken cinsel yolla bulaşan hastalıklar da çok önemli. Genelde hekim arkadaşlarımız bunu gözden geçiriyorlar. Cinsel istismar/saldırı mağdurları cinsel yolla bulaşan hastalıklardan dolayı hayatının sonuna kadar büyük bir problem yaşayabiliyor. Biz bu olgunun 24 haftada olmasından dolayı genetik bölüm de değerlendiriyor. Genetik olarak da ensest olmasından yani öz abisi tarafından istismara maruz kalması ve buna bağlı gebe kalmasından dolayı genetik testleri yapıldı. Olgu multidisipliner olarak adli tıp, kadın hastalıkları ve doğum, genetik, çocuk, çocuk ruh sağlığı hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirildi. Ayrıca olgu 13 yaş ve 8 aylık olması ve son 3 yıldır öz abisi tarafından kendinin en savunmasız alanında yani kendi evinde cinsel istismara maruz kalmış olduğundan dolayı acaba intihar düşüncesi var mı? Gebe olduğundan dolayı karnındaki bebeğe bir zarar verme düşüncesi olup olmadığını, yani ayrıntılı ruhsal durum değerlendirmesi için

çocuk psikiyatrisine konsülte edildi. Bu arada tabii ki sosyal hizmet uzmanları da bu çocuk, annesi babası ile görüştü.

Çocuk acile herhangi bir şikâyeti ile getirilen ve öykü, muayenesinden olgunun cinsel istismar maruz kaldığından şüphelenildiğinde olgu hemen adli olgu kapsamında değerlendirilmeyip, adli tıp, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk cerrahisi, çocuk, çocuk ruh sağlığı hastalıkları, sosyal hizmet uzmanları tarafından değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda cinsel istismar şüphesi hale devam ediyorsa adli olgu kapsamında ihbar edilir. İhbarı yapıldıktan sonra da adli süreç işliyor. Esasında hekim arkadaşlarımızın en büyük problemi böyle bir olguda karşılaştığı zaman ne yapacaklarını... Özellikle 20 haftanın sonrası değil de özellikle bir şunu gördük 15-16 haftalıkken cinsel istismar ve cinsel saldırı eylemine maruz kalan bir kişi gebeliği sonlandırmak için o hastaneden bu hastaneye giderek 20. hafta tamamlanıyor. 20 haftadan sonraki gebelik sonlandırması açısından en büyük destekçilerimiz bir genetik test olması ve bu 13 yaş 8 aylık bir çocuğun doğum yapması ve bu doğumun da daha önce kadın doğum uzmanı hocamızın anlattığı gibi yani sezaryen şeklinde olacağından dolayı organ hasarı, hayati tehlike olacağı için biz bu olguları multidisipliner olarak değerlendiriyoruz ve çocuk ruh sağlığı hastalıklarından da görüşümüzü olarak bu gebelik terminasyonu için fikrimizi raporumuzda sunuyoruz. Raporu savcıya gönderiyoruz ve savcılık da gönderdiğimiz raporu uygun bir şekilde cevabını gönderiyor. Savcıların büyük bir çoğunluğunda da terminasyon yönünde karar veriyor. Özellikle enseyte ileriki nesillerde patolojik sorun çıkmaması açısından da çok önemli oluyor. Benim anlatacağım bunlar. Dinlediğiniz için teşekkürler.

Çocuk Psikiyatrisi Yaklaşımı

Doç. Dr. Nusret Soylu

İTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Doç. Dr. Nusret Soylu:

Bu tür vakalar bizim açımızdan karar vermesi zor vakalar. Çünkü bu vakaların hem adli hem de ruhsal açıdan takibini de yapıyoruz. Hatta bu vakaların bize getirilen hem ensest bir ilişki hem de cinsel saldırı sonrası gelişen gebelikler ve bunun sonucunda doğan bebekler de izlemimiz altında

Böyle bir gebelik ortaya çıktığında hem aile hem de çocuk için ruhsal bir kriz durumu gelişmektedir. Çocuklar bu süreç içerisinde özellikle gebelikte bu vakada olduğu gibi 24 hafta gibi bir zamana geldiyse süreç hem çocuk hem aile hem de değerlendiren hekimler açısından oldukça zor oluyor. Böyle bir gebeliği çocuk ilk öğrendiğinde çoğu zaman aslında öncesinde bir şekilde şüphelenmiş oluyor, Aile şüpheleniyor ancak yadsıyor. Yadsıma devreden çıkınca bir şok hali yaşıyor. O şok hali içerisinde çocuk üzerindeki yükleri düşündüğümüzde böyle bir gebeliğin getirmiş olduğu ruhsal bir yük, bunun getirdiği fiziksel bir yük ensest ilişki sonrası ortaya çıkması ve ailenin bunu öğrenmesi sonucu gelişen sosyal yük oluşturmaktadır. Bu kadar yükün altında çocuk ağır bir şok hali yaşıyor. Bir taraftan bu ağır duygusal yük şok hali durumunda bir de gebeliğin terminasyonu ile ilgili bir sürecinde içerisine giriyor ve bu yoğun duygular içerisinde bir taraftan da buna karar vermesi gerekiyor. Bu gebeliği sonlandırma konusunda buna karar vermesi gerekiyor. Özellikle ensest olmayan bazen bu tür vakalar olduğunda yine bu süreçler yaşıyor. Çocuk psikiyatrisi olarak bizim açımızdan işin zorluğu şu, bir taraftan bu şekilde her ne kadar bir ensestle de olsa bir cinsel saldırı ile de oluşmuş olsa 24 haftalık bir fetüsün yaşam hakkından bahsediyoruz. Dolayısıyla bu karar bütün hekim arkadaşlarımız için kolay bir karar değil. Bir taraftan 24 haftalık artık bütün organları uzuvları oluşmuş (hatta bazen bu vakalarla 26-27 haftalık da karşılaştığımız vakalar oluyor), yaşamla bağdaşacak bir düzeye gelmiş bir fetüsün yaşam hakkı ama öbür taraftan da biraz önce bahsettiğim bu kadar yükün altındaki bir çocuğun ruhsal durumu söz konusu. Bu kararı da vermek hekimler açısından çok kolay olmuyor. TCK 199 bize tıbbi bir zorunluluğun olması gerektiğini söylüyor. Özellikle TCK199 20.haftadan sonra gebeliği sonlandırmak için tıbbi bir zorunluluk gerektiğini söylüyor. Nüfus planlaması ile ilgili bir kanun şöyle demektedir: Çocuk ile onu takip edecek nesiller bakımından ağır bir maluliyet durumu, annenin hayatı ya da bir organını tehdit eden bir durum söz konusuysa ancak o zaman bu gebelik sonlandırılabilir. Burada psikiyatrik açıdan biz değerlendirmemizi yaparken acaba bu çocukta gebeliği sonlandırmayı gerektirecek tıbbi bir zorunluluk durumu psikiyatrik açıdan var mı yok mu böyle bir değerlendirmeyi yapmak gerekiyor. Kanunlarda psikiyatrik açıdan ruhsal problemler, bozukluklar yoğun intihar düşünceleri

ilişkileri dışında hayatı tehdit edecek düzeyde bir ruhsal bozukluklar kanunlarda o düzeyde değerlendirilmiyor. Ancak aynı zamanda bu gebeliğin kadın doğum ve genetik açısından riskleri ilgili birimler tarafından değerlendirilmektedir. Gebeliğin sonlandırıldığı durumlarda çocuklar içi zorlayıcı bir süreç başlayabilmektedir. Bu tür vakalarda gebelik sonlandırılmadan önce çocukla konuşuyoruz yanında yer alıyoruz. Bu vakalarda çok kompleks düşünmek gerekiyor. Bazen enstest de olsa çocuk ile fetüs arasında bir bağlanma gelişiyor ve netice de gebelik tahliyesi çok kolay olmuyor. Bazen çocukların gidip geldiği çok ambivalan duygular hissettiği zamanlar oluyor. Böyle bir durumda da onların yanında olmak, sürecin ne olacağını ne yaşayacağını onlarla paylaşmak; hatta o tahliye sonucu oluşan fetüsün ne olacağı nereye gömüleceği, kimin gömeceği, gibi bunları bile çocukla ve aile ile konuşmak gerekiyor.

Bu süreç bizim için diğer hekim arkadaşlarımızdan daha zor gelişmektedir. Çünkü bu vakalar bizim tarafımızdan 3-5 yıl süreyle takip edilmektedir. Başlangıçta gebeliğin sonlandırılmasını isteyen çocuk daha sonra suçluluk hissedebiliyor. Örneğin benim çalıştığım bir vaka çocuk “O fetüsün bir kabrini mezarını bilsem de gitsem, orada onunla konuşsam ve vedalaşsam.” demişti. Diğer bir boyutu da gebelik tahliye ile sonuçlanmamış, doğum ile sonuçlanmış vakalarda mevcut. Takip ettiğim sayısızca böyle enstest ya da cinsel saldırı ile doğmuş, şu an koruyucu aileye verilen, evlat edinilen ya da sosyal hizmetlerde olan çok fazla çocuk da var.

Bu vakalardaki en büyük zorluklar bir taraftan 24 haftalık bir fetüsün yaşam hakkı, öbür taraftan çocuğun altına girmiş olduğu bu ruhsal yük. Hem karar vermek hem de çocukların daha sonra kendi sağlıklarına kavuşmalarını sağlamak çok zor. Başlangıçta doğacak çocuğu sosyal hizmetlere vereceğiz diyen aileler daha sonra çocuğa bakacaklarını da söyleyebiliyor.

Ben burada noktalayayım. Sabırla dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Sosyal Hizmet Yaklaşımı

SHU. Kemal Güdek

İTF Sosyal Hizmet Birimi

SHU. Kemal Güdek:

Hastanemize cinsel istismar şüphesi veya tanısı alan bir çocuk geldiğinde öncelikle Çocuk İzlem Merkezlerine yönlendirilir. Özellikle gebe olan vakalarda doğuma uzun süre varsa yine bu hastalar Çocuk İzlem Merkezlerinde değerlendirildikten sonra Aile Çalışma Bakanlığı'nın ergen koruma merkezlerinde koruma altına alınmaktadır. Eğer tıbbi sosyal hizmet biriminden konsültasyon istenmişse dosyaya notumu acil tıbbi işlemler dışında bir şey yapılmaması şeklinde düşüyorum. Öncelikle kolluk kuvvetleri ve savcılığa haber verilmeli, sonrasında Çocuk İzlem Merkezine yönlendirilmelidir. Bu konuyla ilgili İstanbul Tıp Fakültesi Başhekimliğine durumu bildiren yazı gönderilir. Bu olgudaki gibi karın ağrısı şikâyeti ile gelip gebelik saptanan durumlarda ne yapılmalı? Gebe ergenin sosyal durumu, aile yapısı incelenmeli, bu konuyla ilgili sosyal hizmet raporu hazırlanmalıdır. Şayet enest ilişki veya diğer cinsel saldırı sonucunda bebek dünyaya gelmişse hem annenin hem de bebeğinin koruma altına alınması gerekir. Bu vakalarda sosyal hizmet uzmanlarının görüşme başlangıcındaki ve izlemdeki raporları savcılığa gönderme yükümlülüğümüz var. Bu konuda anne ve bebeğe sağlık tedbiri, anne eğitime ara verdiği için anneye yönelik eğitim tedbiri, aileye danışmanlık tedbiri aldırarak gibi seçeneklerimiz bulunmaktadır.

Hukuk adaletle, sosyal çalışma disiplini de adaletsizlikler ile ilgilenir. Bunun için nerede aksayan bir durum var, fonksiyonellik nerede kırılmış, hayatın akışı nerede kesilmiş bunu görmek ve buna dair çözümler üretmek gerekiyor.

Ailenin fonksiyonları ölçülerek, kanıta dayalı olarak değerlendirilme yapılmalıdır. Bu olguda istismar edilen de istismar eden de ailenin bir üyesi, dolayısıyla aile için çok zor bir durum. Bu nedenle ailenin de psikososyal açıdan desteklenmesi gerekiyor. Eğer bu ailede herhangi bir ekonomik kısıtlılık varsa, yaşam standartları yoksulluk ve açlık sınırının altında ise SED dediğimiz sosyal ekonomik destek programlarını hizmete sunmamız, talep yazısını kanaat olarak Aile Bakanlığı'na aktarmamız gerekiyor ki bu hizmetler hemen resmi olarak işleme konulabilsin.

Bir diğer husus da bir sosyal hizmet çalışanı ister Çin'de çalışsın ister herhangi bir kuruluştaki, bu türlü raporları görüşme tekniklerini bildiği için rahatlıkla alır ve bunu sürece dahil eder. İkinci olarak da multidisipliner yaklaşımın gereği olarak olguyla ilgili diğer bilim dallarının görüşlerini, uygulamalarını takip eder. Olguyla ilgili ne kadar olumlu yol alınmış bunun tespiti de çok önemlidir. En büyük başarımız ergenin, çocuğu ve ailenin normal hayatının konfor alanının bu işlemler olmadan önceki düzeye gelmesidir.

Yasa bunu çocuk psikiyatrisine yüklediği için sosyal hizmet uzmanlarını tanı koymak gibi bir zorunluluğu yok ancak bizim bulgularımız hem erişkin hem çocuk psikiyatrisi açısından değerli olabilir.

Daha önce tedbir alınmış bir vaka sosyal hizmet uzmanıyla görüşmek istemiyorsa forma hastanın görüşmek istemediğini yazabiliriz. Bununla hem halk sağlığı hizmetlerinde hem de Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı sitesinde bununla ilgili formlar bulunmaktadır (tedbirli çocuğun takip formu). Bu formu olguyu gören doktor, sağlık personeli tanıyı ve yapılan işlemleri yazması, kaşeleyerek imzalaması gerekmektedir.

Gören doktorun ya da diğer sağlık personelinin bu forma tanı, varsa yapılan işlemleri yazıp kaşeleyip imzalaması gerekiyor. Bu bilgilerin Aile Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bildirilmesi zorunludur. Bu işlemler sağlık personeli tarafından yapılmaz ise hukuki yükümlülüğü bulunmaktadır. Aynı zamanda çocuğun TC numarasına bakıldığında yapılan tüm işlemler görülebilir. Bu konuya özellikle hekim arkadaşlarımızın da dikkat etmesi çok önemlidir.

Hukuksal Yaklaşım

Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin

İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi İdare Hukuku AD

Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin:

Tekrar teşekkür ederim.

Burada bir cinsel istismar vakası ile karşı karşıyayız. İlk vakada olduğu gibi hemen Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin ilgili maddesini hatırlatmak istiyorum. 34. maddede bu konu düzenlenmiş ve devletlerin bu konuda düzenleme yapma yükümlülüğü var. Hem vakaların ortaya çıkmasını engelleyici, ortaya çıktıktan sonra ise mağdurun daha fazla mağduriyet yaşamaması için gerekli tedbirlerin alınması yönünde ilkeleri barındıran bir hak çocuğun cinsel sömürüden korunma hakkı.

Şimdi bu olayda 13 yaş 8 aylık bir kız çocuğu söz konusu. Öz abi, 20 yaşında. Bunların hepsi hukukta bir anlam ifade ediyor. Çocuğun yaşının 13 yaş olması mesela. 17 yaş olsa farklı bir durum, 10 yaş olsa farklı bir durum. Keza öz abi 18 yaşından küçük olsa farklı bir durum ortaya çıkacak. Dolayısıyla bu veriler hukuki tanımlama yapabilmek, bir değerlendirme yapabilmek için önem taşıyor.

Türk Ceza Kanunu'nun 103. maddesinde cinsel istismar suçu düzenlenmiş. Burada cinsel istismar deyiminden ne anlaşıldığı tanımlanıyor ve diyor ki 15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış. Her türlü cinsel davranış derken bizim olgumuzda ne var bir cinsel birleşme meydana gelmiş. Bu olmasaydı bile çocuk 13 yaş 8 ay yaşına sahip olduğu için yani 15 yaşından ufak olduğu için cinsel birleşme meydana gelmeseydi bile biz bir cinsel istismar vakası ile karşı karşıyayız diyebilecektik. Burada cinsel birleşmenin meydana gelmesi ne fark yaratıyor? Faile yani bu davranışı gerçekleştiren kişiye verilecek cezayı arttırıyor. Onu da maddenin ikinci fıkrasında görüyoruz. Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleşmesi durumunda 16 yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezası verilebilir. Normalde 1. fıkrada 15 yıla kadar cinsel istismarın cezası; ama eğer vücuda bir organ sokulması suretiyle işlenirse en az 16 yıl ceza verilmesi söz konusu. Dolayısıyla olgumuz bakımından burada suçu işleyen kimse bunun nitelikli bir hâlini işlemiş oluyor. Aynı zamanda olgumuzla bağlantılı bir başka husus maddenin 3. fıkrasında; suçun 3. derece kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı işlenmesi. Bu durumun varlığı halinde cezanın yarı oranında arttırılması söz konusu incelediğimiz olguda olduğu gibi. Bir cinsel istismar vakasında olabilecek en kötü ihtimalleri bünyesinde barındıran bir olgu ile karşı karşıyayız. Hem vücuda organ sokulması sureti ile işlenmiş 15 yaşından küçük

bir çocuğa karşı, hem de bir hısmı tarafından, abisi tarafından işlenmiş. Maddede geçen 3. derece dahil kan hısımlığı ile ne kastediliyor; anne, baba, kardeş, amca, teyze, hala, kuzen, yeğen... Bunların hepsi 3. dereceye kadar kan hısmı içerisindedir ki olayda da abi söz konusu.

Abi 20 yaşında, dolayısıyla abi hukuken bir yetişkin. Hani belki tıbbi olarak bu yaşlardaki kimseler için ergen tabiri kullanılıyor olabilir ama biz hukuken bir yetişkin ile karşı karşıyayız. 18 yaşını doldurduğu an bir kişi yetişkindir, öncesinde çocuktur. Hukuken iki ihtimal var. Eğer bir çocuk fail olsaydı bu olayda, bu durumun aldığı cezada bir indirim sebebi olması gündeme gelebilecekti Ceza Kanunu'nun 31. maddesine göre; çünkü suça sürüklenen çocuk diyecektik artık biz bu abi için. Onun alacağı cezayı artık o kapsamda değerlendirmek gerekcekti. Bu olayımızda 20 yaşında bir kişiyle, bir yetişkin ile karşı karşıyayız. Dolayısıyla bir yetişkin olarak burada saydığım hususlar gereğince bir ceza alması gerekiyor. Hukuken ilk bu tespiti yaparak başlamak mümkün.

Cinsel istismar vakalarında en önemli hususlardan biri ikincil mağduriyetlerin yaşanmamasıdır. Yani bir çocuk zaten cinsel istismara uğramış, yaşadıklarını savcıya anlat, doktora anlat, sosyal hizmet uzmanına anlat gibi farklı aşamalarda sürekli bu olayı bu çocuğa anlattırmak o olayı onun tekrar yaşaması anlamına geliyor. İkincil mağduriyet. Hukuk sisteminin bu ikincil mağduriyetin ortaya çıkmayacağı şekilde bir düzene ihtiyacı var. Bu konuda Ceza Muhakemesi Kanunu'nda 2019 yılında yapılan bir değişiklikle ikincil mağduriyetin ortaya çıkmasına engel olmak amacıyla bir düzenleme getirildi. 236. maddenin 5. fıkrasına göre Ceza Kanunu'nun 103. maddesi ikinci fıkrasında düzenlenen suçlardan mağdur olan çocukların soruşturma evresindeki beyanları bunlara yönelik hizmet veren merkezler ve cumhuriyet savcısının nezaretinde uzmanlar aracılığıyla alınır. Mağdur çocuğun beyan ve görüntüleri kayda alınır. Sonraki aşamalarda ancak istisnai durumlarda çocuğun tekrar beyanı alınabilir. Dolayısıyla burada esas olan çocuğun beyanı bir defa alınacak, bu kayıt altına alınacak, beyanı da uzman kişiler alacak. Bu bağlamda, bir savcının bu beyanı alması çok uygun değil. Zaten maddede de uzmanlar aracılığı ile alınabileceği ifade edilmiş.

Cinsel istismar konusunda biz ülke olarak istismarın ortaya çıktığı ana, istismarı gerçekleştirenin cezalandırılmasına odaklanıyoruz. Bu çok gündemde yer alıyor ama asıl odaklanması gereken üç hususu atlıyoruz.

Birincisi istismarın ortaya çıkmaması için alınması gereken önleyici tedbirler; yani çocuk koruma sisteminin gerçek anlamda işlevsel olması. İki, buna rağmen mağduriyet ortaya çıkıyorsa mağduriyet yaşayan çocuğun ikincil mağduriyet yaşamaması. Bu anlamda bu eylemi

kendisine karşı gerçekleştiren kişi ile karşı karşıya gelmemesi, aynı ortamda bir daha bulunmaması gibi tedbirlerin yargılama aşamasında. Alınması önemli. Bir başka boyut, bizim sistemimizde eksikliği olan bir boyut. Mağduriyet yaşayan çocuğun rehabilitasyon ve destek hizmetlerinden yararlanması.

Sistemimizde buna imkân veren hukuki düzenlemeler yok demiyorum ama buna yönelik özel düzenlemelere ihtiyaç var. Bu konuda son olarak haziran ayında suç mağdurlarının desteklenmesine yönelik 63 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi çıkarıldı. Daha önce mağdur haklarına yönelik bir kanun hazırlığı vardı, bunun çalışmaları yapılıyordu. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi şeklinde çıkarıldı ve işte bu adliyelerdeki adli görüşme odalarının oluşturulması, Ceza Muhakemesi Kanunu 236. maddedeki usulün mutlaka uygulanması gibi konularda düzenlemeler içeriyor kararname. Bütün suç mağdurları için yapılmış bir düzenleme ve bunların içerisinde kırılğan grup olarak cinsel istismar mağduru çocuklara özellikle ayrı bir parantez açılıyor. Mağdur çocukların rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirilebileceği gibi düzenlemeler var ama yine de eksik bir düzenleme olduğunu söylemem gerekir. Çünkü her çocuğu değil ihtiyaç duyanları yönlendirir diyor yani gerekirse çocuklar yönlendirilebilir demiş oluyor. Hayır, her çocuk için yönlendirme yapılacak, yapılmak zorundadır. Cinsel istismar meselesinde mağduriyet ortaya çıktıktan sonra çocuğun yaşadıklarıyla ilgili biraz önce hocalarımı dinlerken çok istifade ettim. Çocukların yaşadığı o travmalar, ömür boyu devam edecek o travmalarla ilgili olarak mutlaka destek ve rehabilitasyon altyapısının zorunlu bir şekilde kurulmasını ve bütün çocukların bundan yararlanmasını öngören düzenlemeler olmalı.¹ Bunun altını çizmek isterim.

Olgumuz bağlamında gebeliğin sona erdirilmesi meselesine hocalarımız değindiler. Bunun hukuki alt yapısı bakımından Nüfus Planlaması Hakkında Kanunu'nun 5. maddesine göre 10. hafta dolana kadar anne isteği ile olabiliyor babanın da rızası alınarak. Gebelik 10 haftadan fazla ise annenin hayatını tehdit ediyorsa, gebelik veya çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı bir durum varsa o zaman bu tahliye söz konusu olabiliyor. Yine Ceza Kanunu'nun 99. maddesinin 6. fıkrasına göre kadının mağdur olduğu bir suç sonrası gebe kalması halinde süresi 20 haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak şartıyla tahliye mümkün. Şimdi olayımızda 24 hafta söz konusu ama aynı zamanda olayımızda gebe kalmış bir çocuk söz konusu. Ceza Kanunu'nun 99. maddesinin 6. fıkrasından yola çıkarak bu gebeliğin sona

¹ Konuşma sırasında yeterince ifade edemediğim bir hususu konuşmaların kitaplaşması vesilesiyle kısaca ekliyorum: Cinsel istismar mağdurları dahil bütün suç mağduru çocukların rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirilmesinin kural olarak kabul edilmesi gerekliliğinin yanı sıra mevcut mevzuatın en büyük eksikliği bu rehabilitasyon hizmetlerini sunmak üzere kuruluşların kurulmasına dair idareye açık bir görev verilmemiş olmasıdır. Rehabilitasyon için çocuk yönlendirildiğinde nereye yönlendirilecek, bu çocuklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri nerede sağlanacak sorularının cevabı mevzuatta belirsizdir, haliyle uygulama da yetersiz olacaktır.

erdirilmesi mümkün değil çünkü orada 20 hafta ile sınırlandırılmış. Nüfus Planlaması Kanunu'nun 5. maddesine dönelim. Biraz önce hocalarımızın yaptığı değerlendirmeleri dinleyince onların bahsettiği bazı ihtimaller bakımından; annenin hayatının tehlikede olması veya doğacak ocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete yol açma noktasından hareketle bu gebeliğin sona erdirilmesi hukuken imkân dahilinde gibi gözüküyor. Bu şekilde ben bu olguya dair değerlendirmemi tamamlamış olayım.

5. OTURUM

OLGU 3

7 yaşında kız çocuğu sol kolunda şiddetli ağrı yakınması ile çocuk doktoruna getiriliyor. Ağrının son 3 haftadır başladığı öğreniliyor. Kendisinden üç yaş büyük bir abisi olduğu, küçüğün özgeçmişinde istenmeyen gebelik sonucu doğduğu öğreniliyor. Soy geçmişinde annesinde depresyon olduğu, babasının ve abisinin sağlıklı olduğu öğreniliyor. Genel fizik muayenesinde her iki kolunda eski yanık skarları ve morluklar saptanıyor. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde okul başarısı düşük olduğu için annesi tarafından ceza amaçlı sıcak su dökme ve çimdikleme, dövme şeklinde eylemlere maruz bırakıldığı öğrenildi.

Pediatristlerin Yaklaşımı

Prof. Dr. Ayşe Kılıç

İTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü

Prof. Dr. Ayşe Kılıç:

Bu olguda da multidisipliner yaklaşımda bulunulmalıdır. Olgu fiziksel istismar olarak kabul edilmeli, tıbbi tedavisi devam ederken sosyal hizmetler, adli tıp ve çocuk psikiyatrisi ile konsulte edilerek tüm yönlerden değerlendirilmelidir. Öncelikle adli raporu tutulmalı, çocuk polisi ve savcılığına ihbarı yapılmalıdır. Diğer yandan sosyal hizmetler ile görüşülerek aile, çalışma ve sosyal politikalar il müdürlüğüne rapor hazırlanarak haber verilmeli, çocuğun koruma kararı çıkarılması sağlanmalıdır. Tüm bu süreç içerisinde aile ile hekim profesyonel bir ilişki içerisinde bulunmalı, suçlayıcı ve yargılayıcı konuşmalardan kaçınılmalıdır. Hastanın ayrıntılı öyküsü ve fizik muayenesi yapılmalıdır. Bu olgu kolda ağrı yakınması ile doktora başvurmuş ancak fizik muayene bulgularında yanık ve ekimozlar saptanması sonucunda çocuk ile yapılan ikinci görüşmede okul başarısızlığı nedeni ile annesi tarafından cezalandırılma amaçlı kaynar su dökme ve çimdikleme gibi davranışlara maruz kaldığı öğrenilmiştir. Sonuç olarak bu olgunun tanısı fiziksel istismardır. Olgunun izleminde çocuk tedavi süresince hastanede yatırılarak koruma altına alınmalıdır. Daha sonra, bir süre kurum bakımında kaldıktan sonra koruyucu aileye verilebilir.

Fiziksel istismar

Çocuğun kaza dışı sebeple bir yetişkin tarafından yaralanması ve örselenmesidir. Bir tokattan başlayarak çeşitli aletlerin kullanılmasına kadar devam edebilir. En yaygın rastlanılan ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipidir.

Fiziksel İstismar Neden Erken Tanınmalı ve Doğru Yaklaşımda Bulunulmalıdır?

İstismara bağlı ölüm riski nedeni ile özellikle fiziksel istismarın erken tanınması çok önemlidir. Özellikle istismarın kesintiye uğraması daha ağır sonuçların oluşmasını önleyebilir. Öncelikle ölümler engellenebilir. Çeşitli yayınlar göstermektedir ki çocuk İstismarında mortalite %0.1-20 arasında değişebilmektedir. Beş yaş grubu ikizler üzerinde yapılan araştırmada, annesi, babası tarafından dövülen çocukların zekâ düzeyinin, huzurlu bir aile ortamı olan yaşlılarından 8 puan düşük olduğu belirlenmiştir. Bilim insanları, aile içi şiddetin çocukta stresi artırdığını, bunun da beyin gelişimini olumsuz etkilediğini saptamıştır.

Fiziksel İstismar Öykülerinde Sık Rastlanılan Ortak Özellikler

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

Aile Özellikleri

Evde başka tür şiddetin de varlığı, özellikle babanın anneyi veya kardeşlerin birinin diğerini istismar ettiği, anne-babanın alkol, madde bağımlılığı, anne-babanın çocuk bakımını üstlenecek olgunlukta olmaması, anne-babanın beklentilerinin çocuğun gelişimi ile uyumsuzluğu, çocuğa bakmakla yükümlü olanların genellikle sosyal izolasyon içerisinde olmaları, anne-babanın da genellikle çocukken fiziksel ya da cinsel istismara uğramış olması, anne-babada ruhsal sağlık sorunları (depresyon), ailede değişik tipte istismarların kuşaktan kuşağa geçmesi, “saldırganlık siklusu” sıklıkla görülür.

Olgumuzda da annenin depresyonda olduğu ve çocuğun okul başarısızlığı nedeni ile cezalandırıldığı öğrenilmektedir.

Fiziksel istismar uygulama şekilleri

Aletsiz Saldırıları: Tokat, yumruk, itip-kakma, tekme, sarsma ve çimdikleme...

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

Olgumuzda çimdikleme ve kaynar su dökme şeklinde fiziksel istismar uygulanmıştı.

Fiziksel Bulgular:

Deri yaralanmaları: İnsan ısırıkları, sıyrıklar, ekimozlar, yanıklar

İç organ yaralanmaları

İskelet sistemi lezyonları: Kafatası kırıkları, ekstremiteler (kollar-bacaklar) kırıkları

İstismar Olguları Neden Atlanmaktadır?

Sağlık personeli; bir ebeveynin çocuğuna zarar verebileceğini kabul etmeyebilir, bir aile içi meseleye karışmak istemeyebilir, yeterli eğitim almamıştır ve korkabilir.

Olguları atlamamak için;

- İlgili sağlık çalışanları;
- İstismar ve ihmalin bulgu ve semptomlarını tanıyabilmeli,
- Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili tam ve düzgün bir tıbbi öykü alıp multidisipliner yaklaşımı bilmelidir.
- Adli rapor tutmalıdır.

Adli Tıp Yaklaşımı

Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger

İTF Adli Tıp AD

Uzm. Dr. Cüneyt Destan Cenger:

Fiziksel istismar uygulama şekillerine baktığımız zaman aletli ve aletsiz saldırılar olarak ikiye ayrılmaktadır. Aletsiz saldırılar tokat, yumruk, itip kakma, tekme, sarsma ve çimdikleme gibi ve bunların benzerleri iken aletli saldırılar kemer, kayış, herhangi bir ev aleti, hortum, sigara, ütü, sıcak su veya sıcak yiyecekler olabilir. Şimdi bizim burada fiziksel bulgularımızda deri lezyonları çok önemli burada insan ısırıkları olabilir, sıyrıklar, ekimozlar, yanıklar olabilir. Biz burada herhangi bir slayt koymadık YouTube'ta olacağından dolayı. Ekimozlar halk arasındaki çürükler berelerdir. Küçük kan damarlarının yırtılması ile oluşmaktadır. Bunun renklerine göre biz olayın ne zaman olduğunu değerlendiriyoruz. Sabah da Sadık hocamızın dediği gibi çıkıntılı bölgelerimiz diz, dirsek gibi sıkıntılı bölgelerimizdeki ekimozlar veya yaralanmalar düşmeye bağlı çocukluk çağı travmaları diyebiliriz fakat bu çıkıntılı bölgeler dışında mesela dizimizin ön kısmında, uyluğumuzun ön veya arka kısmında, şekilli, parmak izi gibi bir morluk varsa ya da bere varsa çürük varsa bunun bir istismar olacağına dikkat etmemiz gerekir.

İlk önce adli tıp açısından olguyu değerlendirirken önce bir çocukla iletişime geçmeye çalışıyoruz. Tabii ki esasında böyle olguları çocuk psikiyatristleri ile beraber değerlendirmemiz daha uygun olur ama her yerde çocuk psikiyatrisi bulamayacak hekim arkadaşlarımız olduğu için olguya açık uçlu sorular sorarak genel beden muayenesi detaylı bir şekilde, sabah da gösterildiği gibi ayağın altına parmak arasına bile bakılması gerekiyor. Özellikle koltuk altları, çocuklarda bebeklerde boyun bölgesi, şişman olduğu zaman gerdan dediğimiz o kıvrım kısımlarına bile bakılması gerekiyor. Çürük var mı yok mu, bir yanık izi var mı yok mu, bir tırnak izi, abrazyon, sıyrıklar olup olmadığını değerlendirmemiz lazım. Bazen travma o kadar derin olur ki iç organ yaralanmaları, karaciğer, dalak gibi yaralanmalar meydana gelebilir. Bazen de sarsılmış bebek sendromu dediğimiz fiziksel şiddetin en ağır formlarından biri olan sarsılmış bebek sendromunda da kafatası kırıklar meydana gelebilir. Tabii ki bunlar radyoloji tarafından değerlendirilen direkt grafipler sonucu bazı extremity kırıkları kol ve bacaklarda kırıklar da meydana gelebilir. Dediğim gibi burada istismar olayını atlamamız için her zaman önyargısız bir şekilde değerlendirmemiz lazım.

Benim 5. sınıf öğrencilerinde yaptığım çalışmada istismarı çok iyi bilmediklerini, bazı istismar ve fiziksel istismar, duygusal istismar veya cinsel istismarı bazı parametrelerini hâlâ bilmediklerini biliyorum. Bunun için de hekimlerin kurum içi bir eğitim alması gerekiyor. Yeterli eğitim alınmıyor. Özellikle Bazı üniversitelerde adli tıp başka stajların yanında olduğundan dolayı seçmeli staj olan üniversite olduğundan dolayı bu konu hakkında sağlık personelinin

bilgisi yok. Özellikle daha önce de Ayşe hocamızın dediği gibi hekim arkadaşlar adli rapor tutmaktan imtina ediyorlar. Bunun nedenleri de gerekli, yeterli deneyim ve bilgiye sahip olmadıklarından dolayı ya da en önemlisi diyorlar ki ben bunu görmezden geleyim, başıma bir şey gelir gibi düşünceleri var.

Şimdi burada bizler adli tıp uzmanları olarak değerlendirirken olguları detaylı bir şekilde muayene yapıyoruz. Vücudunda farklı zamanlarda farklı travmatik lezyonlar var ise bunun ne zaman oluştuğu hakkında bilgi almamız gerekiyor. Baktığımız lezyon yani olay ile olay öyküsünde anlatılanlarla mevcut lezyonlar arasında uyumsuzluk olabilir, demek ki olabilir, ondan sonra öykü ile anlatılanlar farklı olabilir bunlara dikkat etmemiz gerekiyor. Tabii ki bazen bazı lezyonları değerlendirdikten sonra direkt fiziksel istismar demek çok kolay değil. Onun bir ruhsal travma bulguları var. Çocuk psikiyatrisi uzmanlarımız tarafından da değerlendirmemiz gerekiyor. Ayrıyeten bunu sosyal hizmet uzmanı arkadaşlarımız da değerlendiriyor. Aile üyeleri ile değerlendiriyor. Bazen de anne ve baba ile yapılan görüşmelerde, ayrı ayrı yaptığımız görüşmelerde anne veya babanın bir ruhsal travma bulgusu olabileceğini düşündüğümüz zaman da anne ve babayı bile psikiyatriste gönderebiliyoruz. Dediğim gibi bizim olgularımızda bunları değerlendiriyoruz. Bunun sonucunda herhangi bir fiziksel istismara ait bir bulgumuz varsa bunu raporlandırıyoruz. Bu raporlandırma da çok önemlidir. Çünkü İstanbul'da Yenibosna'daki Adli Tıp Kurumu'nda bir bebek aile tarafından vefat ettikten sonra bunun ihmal mi istismar mı araştırma süresi değerlendirilirken yaklaşık 1 yıl sonra aynı aileden ikinci çocukta da ölümle karşılaşabiliyor. Yani bir tokat da nedir deyip de onun görmezden gelindiği zaman bu aynı aile içi şiddette kadına yönelik şiddette görüldüğü gibi bu daha da devam edip ölüme kadar gidebiliyor. Onun için biz adli tıp uzmanları olguyu gördüğümüz zaman değerlendiririz, raporunuz düzenleriz, görevimiz icabı bütün hekim arkadaşlar ve sağlık personeli gibi, Memduh hocamızın dediği gibi kamu personeli isek veya özel bir hastanede çalışıyor olsak bile bunu Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerine de dayanarak onları ihbar etmemiz gerekiyor. İhbardan çekilmemesi gerekiyor. Bunu mesela Anadolu Yakası'nda ise Kartal'daki Anadolu Cumhuriyet Başsavcılığı'na, Avrupa Yakası'nda isek Çağlayan'daki nöbetçi cumhuriyet savcılığına haber ediyoruz. İhbar yükümlülüğümüzü yerine getirip ihbarını yapıyoruz. Benim anlatacaklarım bunlar.

Çocuk Psikiyatrisi Yaklaşımı

Doç. Dr. Nusret Soylu

İTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Doç. Dr. Nusret Soylu:

Fiziksel istismar olgusu ile karşı karşıyayız. Çocuğun vücuduna sıcak su dökmek gibi aslında travma diyeceğimiz düzeyde bir fiziksel istismardan bahsediyoruz. Çocuğun güvendiği anne gibi bir bağlanma figürü tarafından böyle bir travmaya maruz kalmış olmasının çocuğun duygularındaki ve düşüncelerindeki gelişimi, insanlara, dış dünyaya ve geleceğe bakış gibi bütün alanlardaki gelişimini etkileyebilecek bir durum olarak gözüküyor. Bu çocuklarda ne oluyor? Öncelikle bu bir travma ve çoğu zaman çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gözlemliyoruz. İstismar vakalarında çoğu zaman birçok istismar tipi bir arada görülebiliyor. Örneğin fiziksel istismar, duygusal ve cinsel istismarla birlikte görülebilmektedir. Bu vakada çocuğun okulda başarısızlığı var ve bu annenin cezalandırması söz konusu. Burada maruz kaldığı istismarın ruhsal etkilerini değerlendirmek ve tedavi etmek önemlidir. Örneğin mental retardasyon, bilişsel işlevlerde gerilik ve özgül öğrenme güçlüğü sorunları olabilir. İzlediğimiz disleksi diye bilinen Özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklarımız var. Bu çocuklar herhangi bir zekâ problemi ve bilişsel işlevlerde herhangi bir problem olmadığı halde çocuklarda okuma yazmayı öğrenme, matematik alanındaki bazı ciddi zorlukları olabiliyor. Yani 4.-5. sınıfa gelip halen daha hiç heceleyemeyen ama günlük hayat içerisinde yaşam içerisinde bütün sorumluluklarına uyumsal becerileri gelişmiş çocuklar oluyor bunlar. Tabii aile bazen bu durumu da anlamlandıramayınca bunu böyle bir tembellik gibi ya da işte çocuğun sorumsuzluğu gibi değerlendirebiliyor. Tabii bunlar da çocukların duygusal olarak istismara uğraması, fiziksel olarak da yine şiddete maruz kalmaları istismara maruz kalmaları için önemli bir risk faktörü oluyor. Geri zekâlı mısın, aptal mısın, niye işte öğrenemiyorsun, biraz önce sana bu harfi söyledim şimdi nasıl unuttun, aklın nerede gibi. Aslında o ders çalışma denilen şey çocuk için bir işkençeye dönüşüyor, bir duygusal istismara dönüşüyor.

Bir disleksi olgusunda öğretmenlerimizin ve çalışanlarımızın altta yatan mental retardasyon, duygusal, fiziksel bir istismar olabileceğini düşünmek gerekir

Bazen hekim arkadaşlar vakayı fiziksel yönden ele alıp ruhsal yönden değerlendirilmesini gözardı ederek çocuk psikiyatristine göndermeyi ihmal edebiliyorlar. Bu çocuklar depresyon ve kaygı bozukluklarına daha yatkın oluyor. Kendi annesi tarafından istismara uğrayan bir çocuk bütün insanları, dış dünyaya tümüyle tehlikeli, tehdit edici olarak düşündüğünde algıladığında bu çocukların tehlikeye karşı alarm sistemleri daha hassas çalışıyor ve anksiyete bozukluklarına, kaygı bozukluklarına hassas hale geliyorlar. Tabii ki bir taraftan da bu şekilde kendi annesi tarafından istismara uğrayan 1 çocuk kendisinin değersiz olduğunu düşünüyor. Çünkü

hor görülen, duygusal istismara uğrayan, şiddete uğrayan bir çocuk kendisini değerli hissetmiyor. Biz bunlara şemalar diyoruz. Değersizlik şemaları gelişen bir çocukta depresif bozukluklar, depresyona yatkın hale geliyor. Bu çocuklarda davranış bozuklukları sergiliyor ve bu şekilde istismara, travmaya uğrayan bir çocuk ebeveyn olduğunda bu döngüyü devam ettiriyor. İstismar nesiller arasında giderek şiddetini artırarak devam ediyor.

Sosyal Hizmet Yaklaşımı

SHU. Kemal Güdek

İTF Sosyal Hizmet Birimi

SHU. Kemal Güdek:

Fiziksel istismar aynı zamanda duygusal istismar da barındırdığı için etkileri uzun süre devam edebilir. Burada yapmamız gereken nedir? İstismar ev içinde mi yoksa okulda mı yoksa dış çevrede mi? Bunun farklı yönlerine göre farklı kararlar alınabilir. Bildiğiniz gibi sosyal çalışma disiplini müdahalesi iki aşamalıydı. Birinci basamakta tedbire gerek varsa tedbir, tedbire gerek yoksa ailenin basit uygulama disiplin örneklerini istemek işe yarayacaktır. Biz bu gibi vakalarda ne yapıyoruz? Eğer istismar ileri boyutta değilse yani bir danışmanlık tedbiri almamıza gerek yoksa ufak rehberlik ve bizim yapacağımız danışmanlıklar çerçevesinde bu olay düzelecekse ben özellikle annenin ve babanın disiplin uygulama örneklerini isterim. Onlara 20 soruluk bir form sunarım. Bunları yalnız doldurmalarını isterim. Verdiği evetler hayırlar çocuğun hangi davranışına evet diyor anne baba hangi davranışına hayır diyor. Önce bunun tespitini yaparım. İkinci basamakta aile içi geçimsizliğin varlığı tespit edilir. Eğer burada ben disiplin uygulama örneklerini istemişsem ailenin ödül-ceza sistemini değerlendiririm. Ailede buna göre bir davranışsal yönerge hazırladığımda ve bunu ev ödevleri şekline dönüştürdüğümde çoğunlukla düzelebiliyor.

Bazı istismar vakalarında ev dışında örneğin okulda gerçekleşebiliyor. Okul olduğu zaman okuldaki işlemlerin sıfatı biraz daha farklı. O okul hangi bölgede kalıyor ve o bölgedeki sosyal hizmet merkezleri nelerdir? Orada bir inceleme talep ettirebiliriz. Bizim inceleme hususunda arabamız ve yönergelerimiz müsait olmadığı için Aile Bakanlığı'nın ilçe sosyal hizmet merkezleri var, bunu çok aktif bir şekilde yapıyorlar. Biz de oralardan bu şekilde adreslerine dayalı olarak inceleme talebinde bulunabiliyoruz ve bunu resmi olarak yapıyoruz. Oradan çok farklı bilgiler geliyor. O bilgileri ekiple paylaşarak gerekli müdahalelerin yapılmasını sağlarız. Daha sonra ne yaparız? Okul içerisinde arkadaşlar arasında bir çete tespit edilirse mutlaka savcılığa bildirilmesi gereklidir. Çocuk psikiyatristleri açısından çok önemli bir bulguyu paylaşmak isterim. Okul fobilerinin çoğunun altında okuldaki çetenin istismarı yatar.

Eğer istismar aile içinden kaynaklanıyorsa burada daha farklı uygulamalar yapılmaktadır. Aile Bakanlığı'na bağlı Aile Sosyal Hizmet Merkezlerinden inceleme talep ettirilebilir, bu vakaların evleri ziyaret edilerek yerinde inceleme gerçekleştirilir. Ya da direkt çocuğun bağlı bulunduğu okuldan, öğretmenlerinden, varsa psikolojik danışmanın yapılan test sonuçları istenir. Ergen sağlığı bilim dalında gördüğüm bazı vakalarımnda ailenin yanlış davranışları çocuğun derslerinde düşüklüğe neden olabiliyor. Aslında bu da duygusal istismarın bir diğer şekli. Sosyal olarak anne babalar kendi alamadıkları eğitimi çocuklarına vermek istiyorlar ve böylece

kendi yetilerini devam ettirdiklerini düşünüp tatmin oluyorlar. Bazı durumlarda koruyucu aile özellikle akrabalar içerisinde olan koruyucu aile en iyi çözümdür. Çocuk akrabanın yanındayken ailenin davranışlarını gözlemlemek çok önemli.

Hukuksal Yaklaşım

Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin

İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi İdare Hukuku AD

Öğr. Gör. Dr. Memduh Cemil Şirin:

Annesi tarafından şiddet gören bir çocukla karşı karşıyayız. Burada kötü muamele gören bir çocuk var. Anne ve baba ile yetişmek çocuğun temel bir hakkı ama hep şunun altını çiziyoruz: Ne zaman ki bu çocuğa zarar veren bir duruma dönüşüyorsa artık o çocuğun anne ve babadan alınması hukuken mümkün, alınması gerekir. Onun temel hakkı artık korunma hakkına dönüşüyor; anne baba ile büyüme hakkı değil korunma hakkı daha ön plana çekilmiş oluyor. İlk olguyu incelerken de çeşitli ihtimallerden bahsetmiştik. Bir defa yanlış bir anlayıştan hocalarımız bahsetti yani anne baba çocuğunu döver de sever de. Böyle bir anlayış olabiliyor. Bu tarz vakalara karşı belki daha çekinceli davranılabiliyor ama şunu net söylemek lazım ki bu tarz davranışlar yani sıcak su dökmek, dövmek, bunlar suç oluşturan davranışlar. Bu davranışı annenin veya babanın yapması onlara bir koruma sağlamıyor. Onlar için suç bakımından bir istisna oluşturmuyor. Ceza Kanunu 232. maddede kötü muamele düzenlenmiş. Aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimsenin 2 aydan 1 yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılması söz konusu olabilir. Bu maddeyi annenin babanın çocuğuna merhametten, şefkatten yoksun şekilde davranması şeklinde anlayabiliriz. Yani bu olgu bakımından 232. madde en basit suç tipi gibi. Bunun dışında 86. maddede düzenlenen kasten yaralamaya gidebilme ihtimali olabilir. Sürekli devam eden sıcak su dökme ve dövmenin şiddeti. Bunlar tabii ki uzmanların görüşleri doğrultusunda çocuk üzerindeki etkisi tam olarak tespit edilerek farklı suç tiplerine gitmemiz mümkün olabilir. Dolayısıyla anne veya baba olmak çocuğa karşı davranışı suç olmaktan çıkarmıyor. Bu yönüyle de kasten yaralama dediğimiz zaman 3 yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılması gündeme gelebilecek bir davranıştan bahsetmiş oluyoruz.

Şimdi tabii burada Ceza Kanunu'ndaki suç, bir davranışın suç olarak düzenlenmesinin o davranışı yapanı merkeze alan bir boyutu var. Biz burada çocuk bakımından olaya baktığımızda, bu davranışı çocuklara yapanların davranışının suç olarak düzenlenmesinin çocuk için faydası ne? Caydırıcılık oluşturması. Anne babanın çocuğuna yönelik çeşitli davranışlarının suç olduğunu, olacağını, oluşturacağını, bundan dolayı ceza alacağını bilmesi onu bu davranışlardan uzak tutabilir. Bir caydırıcılık sağlayabilir. Bu yönüyle çocuk bakımından bir koruyucu yönü var. Dolayısıyla Ceza Kanunu'nda anne de olsanız baba da olsanız çocuğunuza karşı çeşitli davranışlarınızın suç olduğunu bilmeniz sizi bu davranışlardan uzak tutabilir. Çocuk bakımından böyle bir faydası olabilir.

Şimdi bu olayda 7 yaşında bir çocuk ve annenin depresyonda olduğu bilgisi var. Mese-
lenin suç boyutu dışında annenin bir desteğe de ihtiyacı olduğu anlaşılıyor. Dolayısıyla o des-
teğin anneye danışmanlık tedbiri kapsamında verilmesi söz konusu olabilir. Çocuğun ailesi ile
bir süre kalması, annesi ile bir süre kalması uygun değil gibi bir görüntü var burada. Dolayı-
sıyla koruyucu aile gibi bir uygulama yapılması mümkün olabilir. Bu tarz tedbirler gündeme
getirilebilir.

Bir de olguda abiden bahsedilmişti. Şu ihtimale bakalım; bu davranışları abi yapsaydı
yani abi kardeşinin üzerine sıcak su dökseydi, onu çimdikleseydi, dövseydi ne olurdu? Böyle
bir durumda mağdurun kendisinden 3 yaş büyük, 10 yaşında bir abi ile karşı karşıyayız. 10
yaşında bir çocuğun hukuki bakımdan cezai sorumluluğunun olmadığı kabul ediliyor. Dolayı-
sıyla bu davranışları abi gerçekleştirmiş olsaydı yaşı 12'den küçük olduğu için herhangi bir
cezai sorumluluğu olmayacaktı. Ancak, cezai sorumluluğu olmaması demek bu çocuğa yönelik
bir tedbir uygulanmayacağı anlamına gelmez. Çocuk Koruma Kanunu 5. maddede korunmaya
ihtiyacı olan çocuklar için sayılmış tedbirlere suça sürüklenmiş ceza sorumluluğu olmayan yani
12 yaşından küçük çocuklar için de başvurulabiliyor. Eğer abi bu davranışları yerine getirseydi
bir ceza almazdı. Fakat, bu davranışları yaptığına göre onu suç anlamı taşıyan bu davranışlara
yönlendiren problemleri anlamak, tespit etmek ve çözebilmek, abiyi benzer davranışlara yönel-
mekten koruyabilmek için Çocuk Koruma Kanunu'nun 5. maddesindeki koruyucu tedbirler,
güvenlik tedbiri adı altında suça sürüklenmiş çocuk olarak abiye uygulanabilecekti. Olguyu
böyle farklılaştırarak başka bir ihtimal üzerinden de değerlendirmiş olduk.

2. GÜN

1. OTURUM

Fiziksel İstismar Bulgularında Ekstremitte Kırıklarına Yaklaşım

Doç. Dr. Fuat Bilgili:

İTF Ortopedi ve Travmatoloji AD

Doç. Dr. Fuat Bilgili:

Fiziksel istismar olgularında ekstremitte kırıklarına yaklaşımı anlatacağım. Burada aslında bize tıp fakültesinde öğretilen propedötik bir yaklaşıma göre hastayı değerlendirmemiz gerekiyor. Bir hastayı muayene etmeden önce mutlaka anamnez ile başlamak gerekiyor ve sonrasında fizik muayene, en sonrasında mutlaka ek tetkik istemek gerekiyor. Sunumda öncelikle tabii biraz genel bilgi vereceğim. Anamnez, fizik muayene ve bazı radyolojik değerlendirmelerden bahsedeceğim.

İstismara uğramış çocukların aslında büyük bir kısmına ortopedik problemler olduğu sırada yani kırıklar olduğu sırada teşhisi konulur. Büyük bir kısmı acile ortopediste geldiği zamanda teşhis edildiği için bu sıradaki değerlendirme çok önemli. Klinik tanının koyulması açısından da özellikle bazen kırık dahi olmayabiliyor erken zamanda ama bizim hastayı iyi bir anamnezle başlayıp ve iyi bir fizik muayene yaptığımız zaman klinik tanıyı da herhangi bir kırık olmasa bile bu çocukların teşhisini koyabiliyoruz. Bunun için de tabii şüphe etmek gerekiyor. Şüphe etmek için de bilgi sahibi olmak gerekir yani fikir sahibi olabilmek için biraz bilgi sahibi olmak gerekir. Biraz bu konuda bilgilendirmek istiyorum sizi.

Bu çocuklar ortopedik problemle bize geldiğinde şayet çocuk istismarı ön tansını koyamazsak bunların bir kısmı sonrasında ölüm vakası olarak karşımıza çıkabiliyor. Bir kısmı da daha ciddi bir istismarla karşımıza gelebiliyor. Bu sorumluluğu hissederek bu hastalara yaklaşmak gerekiyor.

Anamnezde önce aileyi okumak gerekiyor. Çocuğa bakmadan önce aileye baktığımızda ailede gerçekten bir madde bağımlılığı hikayesi ya da izlenimi var mı yok mu, çocuğa karşı tavırları. Önceki çocuklarda acaba kötü bir tedavi hikayesi var mı; ya da bize gelen çocuğun tedavisinde bir aksama olmuş mu? Çocuğu kontrole getirmemiştir, hastalığı vardır getirmemiştir. O da aslında istismar olguları arasına girmektedir. Bazı ailelerde anne çevresinden, akrabalarından destek göremiyor, bazılarının kocası olmuyor çocuğuyla yalnız yaşıyor. Anne bu şartlarda çok desteksiz olduğu için ajitasyonları olabiliyor ve bu sırada çocuğa maalesef şiddet uygulayabiliyor. Aileyi de iyi okumak gerekecek baktığımızda.

Hikâyeyi en başından itibaren almak gerekir. Şayet hikâyeye, olaya şahit olmuş birkaç kişi varsa onların da bu konu hakkındaki ifadelerini ayrı ayrı almak gerekir, birbirlerinin uymuna bakmak açısından. Anlatmış oldukları bu hikayelerin gerçekten travmaya uyumu var mı yok mu onu analiz etmek gerekir. Hastanın aslında hikayesini aldığımızda geçmişinde mevcut bir hastalığının tedavisinde gecikme olmuş mu olmamış mı onu da sorgulamak gerekir. Yani

bir diğerkonu da çocuğun medikal geçmişı. Çocukta metabolik bir hastalık da olabilir, çocukta konjenital ve nörolojik bir hastalık da olabilir, koagülopati de olabilir. Şu yönden önemli; bu bazen sanki çocuk istismara uğruyormuş izlenimi verebilir muayene bulgularında. Bazen de gerçekten istismardır bu şiddet olarak değil mevcut çocuğun tedavisini aksatmış, getirmemiş, çocukta bir sakatlık bırakacak kadar çocuğu ihmal etmişse bu da gerçekten çocuk istismarına girer. Yani her zaman biz bir çocuk istismarı acile gelince mutlaka bir tarafında bir kırık olacak mutlaka bir travma olacak şeklinde değil, çocuğa davranışı da iyi sorgulayıp teşhisi de klinik olarak koymak gerekebilir bazen.

Çocuklarda normal kırıklar sıklıkla yürüdükten sonra, hele hele biraz daha aktif olduğu 5 yaş ve sonrasında çok sık görülmektedir. Bu yaşta çocukları çok zor tutarsınız, atlar zıplar bu yaşlarda kırıklarla gelmeleri biraz daha doğaldır ama çocuk yürüyemiyorsa henüz, yani yürüme yaşına gelmemişse, yürüyemeyen bir çocukta bir femur kırığı, yürüyemeyen bir çocukta bir tibia kırığı olduğunda bu travma nasıl olmuş diye altını mutlaka eşelemek gerekir. Burada tabii travma mekanizması da önemli ve travmaya uğrayan kemiğin özelliği de önemli. Altta bir osteopeni var mı hastalık var mı onu bilmek lazım.

Çocuk geldiği zamanki fizik muayenesi önemli, fizik muayene de bu çocukların çoğu genellikle bakımsız, zayıf, sıksa tipte çocuklar oluyor. Bu çocukların mutlaka boyunu kilosunu ölçüp gelişme geriliğine bakmak lazım. Yüzleri bunların tipik oluyor, bir kısmında korku dolu bakışlar her an sanki bir yerden bir tehdit veya tehlike gelecek de; öyle tetikte bir duruşları oluyor bu çocukların. En ufak bir hareketinizde korkabiliyorlar, sıçrayabiliyorlar. O endişeli yüzü de iyi okumak gerekir bu çocuklarda. bu çocuklar gözler sürekli açık olur, sürekli çevreye bakarlar.

Mutlaka soymak gerekiyor yani bir ayak bileği burkulması veya bir tibia kırığı olmuşsa soyup omurgasına, kaburgalarına, boynuna, kollarına mutlaka bakmak gerekir. Bazen bir sigara yanığı olabilir, bazen bir ciltte lineer bir travma bir cisim yaranması şeklinde olabilir. Elleriindeki yanıklar eldiven çorap tarzı yanıklar olduğunda Şu aklımıza gelmesi lazım, bir sıcak suya çocuk elini koymuş veyahut da cezalandırılmış olabilir. Çocuktaki emosyonel değişiklikleri de iyi görmek gerekir.

Radyolojik değerlendirmede sıklıkla 3 yaş altında şüpheli bir kırık varsa veya anamnezde şüphede ettiğiniz bir durum varsa mutlaka bir radyolojik tarama yapmak gerekir. Yani el, ayak, kol, ön kol, uyluk, bacakların mutlaka röntgenlerinin çekilmesi, spinal AP ve lateral grafileerin çekilmesi, şüphede dahilinde tomografiyi çektiirmekten de çekinmemek gerekir ve bunlar arasında

özellikle çekmemiz gerekenler arasında tabii kafa grafisinin mutlaka olması gerekir. Ayrıca toraks grafikleri çok önemlidir. Kaburga kırıkları, akciğer yaralanmaları şeklinde çok sık yaralanmalar olabiliyor.

Bazen bu çocukları muayene ettiğimizde ve röntgen çektiğimizde herhangi bir bulgu göremeyebiliriz, bir kırık göremeyebiliriz ama çocukta bir hassasiyet varsa, anamnezinde şüpheli bulgular varsa bu çocuğu mutlaka kontrole çağırarak görmek gerekir. Çünkü bazı kırıklar genellikle bir iki hafta sonra röntgende görünür hale gelirler o yüzden ikinci haftada bu çocuğu mutlaka kontrole çağırarak görmek gerekir. Ayrıca muayene sırasında dokümantasyon da çok önemli; bunları bir şekilde fotoğraf, video ile kayıt altına almak lazım ve iki hafta sonra geldiğinde karşılaştırmak gerekir. Radyolojik incelemeye bakarak aslında kırığın mekanizması konusunda çok rahat bir şekilde yorum yapabiliriz. Burada mesela bu tibia kırığında sağda transvers kırık var ve transvers kırıklar genellikle direkt travma sonrası oluşur; yani o çocuğun bacağına bir cisimle vurulmuştur ve sıklıkla bu bölgede yumuşak doku yaralanması olur. Kırığın olduğu bölgedeki morarmaları çok iyi incelemek lazım. Bir diğer kırık şekli oblik kırıktır. Oblik veya spiral bir kırık olduğunda kırık bükülmeye oluşur. Yani çocuğun kolunu bacağını tutup içe ve yahut da dışa doğru çevirme sonrasında kırık oluşabilir. Ona yönelik mesela tibiada böyle bir kırık olmuşsa ayağa bakmak lazım, o bölgede sıkı tutmaya bağlı bir morarma var mı parmak izleri var mı yok mu ona dikkat etmek ve incelemek gerekir.

Burada tabii travmanın şiddeti ile kırık hattının şekli arasında bir ilişki vardır. Örnek olarak parçalı kırıkların oluşumu yüksek şiddette travma gerektirir ama aile size öyle bir anamnez verir ki yüksek bir travma yoktur onda; yani bir yüksekten düşme sonrası ancak oluşabilecek bir kırık için aile tutarsız bir anamnez verebilir. Yani kırığın şekliyle ailenin verdiği hikâyeye, ailenin verdiği ifade birbirini tutmayabilir. Veyahut da zaman açısından bazen çocuk geldiğinde kırık kaynamaya başlıyordur ama aile daha yeni düştü demiştir burada da çok ciddi bir istismar vardır. Tedavi aksatma kırığın oluş şekli de yani tedaviye getirmeyen bir aile kırığın oluş şeklinde de muhtemelen büyük katkısı olmuş olabilir.

Buradaki grafiye baktığımızda çok ciddi bir kavis oluşumu zemininde femur kırığı var. Femur kırığı aslında büyük travma sonrası oluşur. Ancak anamnezle biz şayet bu çocuk da bir osteogenesis imperfek hastası olduğunu öğrenemezsek o zaman biz bunu gerçekten bir istismar hastası olarak değerlendirebiliriz ve hata yaparız. Bu bizim hastalarımızdan birisi. Osteogenesis imperfektalı hastaların femur gibi büyük kemikleri küçük bir travma ile bile kırılabilirler.

Hikayesinde metabolik bir kemik hastalığı olup olmadığını mutlaka sorgulamak gerekir. Aşırı bir kavis oluşmuş gördüğünüz gibi. Bu sıklıkla osteogenesis imperfekta hastalarda görülen bir kırık ve iyileşme bulgusu. Bakın diğer kemiklerde de kırık var bunda. Şunu da unutmamak gerekir. Osteogenesis imperfekta hastası da sonuçta istismara uğrayabilir. Burada farklı zamanlardaki oluşmuş kırıklar görülmektedir. Sağ femurdaki kırık kallus oluşmuş yani eski bir kırık bulgusu, sol femurdaki ise henüz kallus oluşmamış yeni bir kırık bulgusu görülmektedir. Sol femur distalinde de bir kallus oluşmuş durumda; yani bu çocuğun birçok kemiğinde çok sayıda kırıkları oluşmuş. Hatta sağ ayak bileğinde bile bir kırık oluşumu görülmekte. Bu tip çocuklarda mutlaka radyolojik tarama istemek gerekir. Tüm omurgayı içerisine alan kol, bacak, ön kolu da içeren bir tarama yapmak gerekir. Burada çocuk istismarındaki kırıkların bazı spesifik özelliklerini bilmek gerekir. Bunlar nelerdir? Biz bu tablodaki bulgulardan birisini gördüğümüzde mutlaka bir radyolojik tarama yapmamız gerekir. Tüm vücudu taramamız gerekir. Basit bir tane kırık vardır ama vücuduna baktığımızda birçok yerinde farklı zamanlarda olan morarmaları vardır. Bu bize bir çocuk istismarı olabileceğini düşündürür. O yüzden tüm ekstremitenin, omurganın, röntgenini çekmek gerekiyor. Çok sayıda kırık ama farklı iyileşme aşamalarında. Birisi yeni oluşmuş birisi iyileşmeye başlayan birisi iyileşmiş bir kırık. Beraberinde yumuşak doku travmaları da vardır. Metafizel epifizel kırıklar. Nedir bu? Bunun sebebi şudur; bu metafizel bölge kemiğin en zayıf bölgelerinden birisi çocukta. Bükülmelerde dahi kırılabilir. Bu yüzden bu bölgedeki kırıklar ve epifizel kırıklar genellikle bükülmeler sonucunda oluşabilir. O yüzden burada da şüphe etmek gerekir.

Kol kırıkları, kaburga kırıkları, periosteal yeni kemik oluşumları, intrakranial kanamayla beraber olan kafa kırıkları. Bu resimdeki röntgene baktığımızda humerusta oblik uzun bir kırık var ama aynı zamanda skapulada da iyileşmiş bir kırığı mevcut, yani bu çocuk daha önceden de travmaya uğramış ama maalesef istismar edilmiş, getirilmemiş. Bunu da gözden kaçırmamak gerekir.

Bir diğer spesifik kırık köşe kırığı ve kova sapı kırığı. Köşe kırığı sıklıkla metafizin köşelerinde oluşan kırıklar. Bakın burada beş aylık bir çocuk ayak bileğinde tibiada bir köşe kırığını görmekteyiz. Bize göre sağdaki femur kırığında da aynı zamanda uzun oblik bir kırık ve aynı zamanda bir köşe kırığı yani metafizyal bir kırık var. Bükme ve aynı zamanda çekme sonrasında çocuklarda spiral kırıkla beraber köşe kırıkları çok sık görünür. Yani biz yürümeyen bir çocukta böyle bir kırık gördüğümüzde zaten kafamızda büyük bir soru işareti oluşması lazım. Bunu biraz daha yakından incelediğimizde aynı zamanda köşe kırığı görüyorsak bunun kırığın

oluş mekanizmasını da direkt söyleyebiliriz. Bu çocuğun kırığı bacağını birisinin tutup ciddi hızlı bir şekilde bükerek oluşturmuş olduğu bir kırıktır.

İstismara özel bir diğer kırık şekli de kova sapı kırığıdır. Kova sapı kırığında da aslında oluş mekanizması bu bükülmeye bağlı kırıklardan. Metafiz in sağlam olduğu kesim fizle birleştiği bölge. Burası sağlam kalıyor ama diğer tarafta metafiz boyuncu bir kırık oluşuyor ve bu oluşan kırığın altında da periosteal bir kemik oluşumu oluyor. Sanki bir kova sapıymış gibi görünüm veriyor. Bunlarda da bakın 14 aylık bir çocukta diz bölgesi metafizyal distal femoral ve proksimal tibial kova sapı kırığı görülmektedir. Femurdaki kova sapı, tibiadaki ise köşe kırığı şeklinde.

Kot kırıklarından şüphe ettiğimizde göğüs grafisi mutlaka istenmesi gerekir. Kot kırıklarıyla çok sık karşılaşıyoruz çünkü bu çocuklara şiddet uygulanırken toraksından yani göğsünden tutup sallayarak şiddet uyguluyorlar ve sallama sırasında kot kırıkları çok sık oluşur. Kafatasında burada bakın bir oksipital kırık görülmektedir.

Remodelasyon zamanlarını yumuşak dokuların iyileşme zamanlarını iyi bilmek gerekiyor. Bu yapılan travmanın zamanı hakkında bize bilgi verebilmekte. Yani yumuşak dokuda kızarıklık bir lezyon şeklinde geldiğinde birkaç gün içerisinde olan bir travmayı, biraz daha morarmaya yakın olduğunda onuncu günü geçmiş olabileceğini düşündürür. Yine kemikte de aynı şekilde periosteal yeni kemik oluşumu erken zamanda sıklıkla onuncu günde oluşmaya başlar. O yüzden ilk geldiğinde radyolojik bir bulgu yoksa ama çocuğun ağrısı varsa 1-2 hafta sonra çağırıp tekrardan röntgen istemek gerekir. O zamanda ancak periosteal yeni kemik oluşumunu görebiliriz. Kemığın yeniden şekillenmesi olan remodelasyon süresi ise 3 ayı bulabilir. Yani bir kemik kaynamış ama hafif eğriliği varsa, henüz daha düzelmemişse bu en az 3 ay önce bir travma uygulandığını bize düşündürmesi gerekir. Yumuşak kallus ise sıklıkla 2. haftada oluşur. Kemığın tamamen kaynaması da çocuklarda sıklıkla 3-4. haftada oluşmaktadır.

Şimdi genel bir özetleyecek olursak olgulara geçmeden önce acile bize bir çocuk geldiğinde birincisi aileyi iyi okumak gerekir. Ailenin yapısı tek eşli mi değil mi? Sonrasında ailenin sosyo-ekonomik durumu, bu da önemli. Yani şu bir kural değil sosyo-ekonomik durumu düşükseniz bu çocukların istismara uğrama olanağı yüksektir diye bir kural asla yoktur. Zengin ailelerde de bu olabilir. Bu biraz anne babanın, ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumuyla ebeveynlerinin psikolojik yapısı ile ebeveynlerinin evveliyatında bir madde bağımlılığı olup olmaması veya geçimsizlik, tek başına yaşaması gibi durumlarla ilişkilidir ve bu durumların da iyi not edilmesi gerekir. Aileyi bu yönden iyi okumak gerekir.

Hastaneye geliş zamanı da önemlidir. Gecenin bir vakti femur kırığı olan 9 aylık bir çocuk getiriliyorsa bu hiç normal bir şey değildir. Yürüyemeyen bir çocuğun o saatte getirilmesi şüphe uyandırması gerekir. Ailenin vermiş olduğu hikâyeyi mutlaka 10 dakika sonra tekrar alınıp iki ifadenin birbiriyle uyumlu olup olmadığına bakılması gerekir. Yani iki hikâye birbirini tutuyor mu tutmuyor mu? Bunu sorgulamak gerekir. Çocuğun geçmişi, çocuğun önceki medikal notları ve herhangi bir hastalığı var mı, ilaç kullanıyor mu, metabolik bir problemi var mı, daha önce böyle bir şikâyeti olmuş mu? Bunları sorgulamak gerekir. Olayın oluş şekli, travmanın oluş şekliyle kırığın şekli arasında gerçekten akıllı bir ilişkisi var mı yok mu? Ona dikkat etmek gerekir. Buraya kadar hep böyle aile ile konuşmak konuşmak. Anamnez bittikten sonra çocuğu değerlendirmeye geçilir. Çocuğa bir dışarıdan bakılır, yani bir korku hali var mı? Gözlerinden bunu okuyabilmemiz lazım. Çocuğun bir ajitasyonu var mı yok mu? Aileye bakışı, korkuyla annesine babasına bakması. Onları okumak gerekiyor ve sonrasında bunların tamamını not ettikten sonra belgelendirdikten sonra muayeneye geçmek gerekiyor ve muayenede de mutlaka çocuğu soymak gerekiyor.

Şimdi bu ilk olgumuzda 1 aylık bir bebek sol bacağına oynatamama ve hassasiyet şikâyeti ile acile getirilmiş annesi tarafından. Tabii skleraları mavi olması sebebiyle annesi çocuğun osteogenesis imperfekta cam kemik hastası olduğunu söylemiş. O yüzden böyle kırığı oluşuyor, herhangi bir travma olmadı şeklinde bir anamnez vermiş; ama vermiş olduğu ifadeye baktığımızda mavi sklera ilk 6 ayda çocuklarda normal olabilir. Yani bu bir kere annenin söylediğinin doğru olmama ihtimalini bize gösterir. Muayene sırasında yürüme aktif olmayan çocukta kırık olmasının sebebi muayene sırasında diğer bölgelerde de hassasiyet olması sebebiyle bu çocukta genel bir tarama, radyolojik tarama istenmesi gerekir ve öyle de yapılmış. Bakıldığı zaman kaburga kırıkları görünüyor bu hastada ama omurgalarına bakıldığı zaman omurgalarında herhangi bir kırığı yok bu hastanın. Klavikula kırığı olmuş bu hasta. Belki doğum sırasında olmuştur ama 1 yaşında olması sebebiyle şimdiye kadar bitmiş olması gerekir. Şimdi kaburga kırığı olacak kadar bir travma osteogenesis imperfektalı bir hastada omurga kırığı da yapar teorik olarak ama omurgalar normal. Dolayısıyla burada bizde istismara uğrama ihtimalini doğuruyor. Bunu bir istismar kırığı olarak değerlendirmek gerekir.

Şimdi ikinci olguya geldiğimizde 2 aylık bebek 3 günlük bacakta şişme hikayesi olduğunu söylüyor aile. Üç gündür şişme var ama aile 3. gün getiriyor çocuğu. Bu zaten bir kere eksi bir puan kenara yazdırıyor, gece getiriyor. 2 aylık bir bebek bu şekilde bırakılmış. Baktığımız zaman ciltte de kızarıklıkları var sanki yumuşak doku da biraz etkilenmiş gibi duruyor. Direkt grafi çektiğimizde bakın oblik bir kırık, 2 aylık bir bebekte bu şekilde oblik bir kırık

yürüyemeyen bir bebek olması sebebiyle, bu normal bir görünüm değil. Biraz daha yakın baktığımızda, sağ tarafta distal femurda köşe kırığı var. Köşe kırığının oluşum mekanizması bükme ile. Bu çocuğun sağ tarafı da bükülme travması geçirmiş sol tarafa da bükülme travması şeklinde bir kuvvet uygulanmış, şiddetli uygulandığı için tibiada kırığı da sebep olmuş ve distal femurda da köşe kırığı mevcut aslında ve bunu istismar olarak değerlendirmek lazım ve ilgili birimlere mutlaka bildirmek gerekir.

3 yaşındaki bir olgu. Genetik hastalığı mevcut olan, hikâyesinde hipoton gelişme geriliği ve hareketsizlik mevcut bu hastada. Kaburga kırığı var ama hikayesinde akciğer problemi sebebiyle fizyoterapi aldığı için fizyoterapi sırasında da kırık oluşmuş olabilir. Akciğer dokusunun normal olması burada bu kırıkların fizik tedavi sırasındaki travmadan oluşabileceğini bize düşündürülebilir. Ama buraya baktığımızda diyafizer dansite azalması metafizer dansite artışı görülmektedir. Laboratuvar tetkikleri de bunu göstermekte. Burada her ne kadar çok bariz bir şekilde bir spiral kırık, bir köşe kırığı olmasa da bu çocuğun tedavisi aksatılmış. Bu çocuk tedavi için getirilip tedavisi tamamlanmamış başlanmamış. Bunu da o gözle bir istismar olarak değerlendirmek gerekir, yani mutlaka bir kırık olması gerekmiyor istismarda. Çocuğun tedaviye ulaşmasının engellenmesi, geciktirilmesi de ayrı bir istismardır mutlaka direkt bir travma olması da gerekmiyor, ihmal de bir istismardır.

Olgu 4. 6 haftalık bir bebek, kolda şişlik hassasiyet ve sarkık pozisyonda gelmiş. Tabii şişlik ve hassasiyet olunca aklımıza birçok problem gelebiliyor baktığımızda ama yine hikâyeyi önce almamız gerekiyor. Anne bebeği bir geceliğine arkadaşına bırakmış. Hikayesine baktığımızda ne olduğu belli değil, bir travma olmuş olabilir. Çocuk 6 haftalık, mutlaka bu çocuğa genel bir radyolojik tarama gerekir. Ayırıcı tanısında sepsis var mı yok mu, travma var mı yok mu? Bunu mutlaka sırayla ekarte etmek gerekir. Metabolik bir hastalık var mı yok mu onu sorgulamak gerekir. Bir enfeksiyon açısından ateş, inflamatuvar, markırlar, inflamatuvar bulgular var mı yok mu muayenesini yapmak gerekir. Gerekirse daha fazla tetkik istemek gerekir.

Radyolojik olarak baktığımız zaman spiral humerus kırığı bu yaştaki bir çocukta düşme ile olacak bir şey değil. Düşme olmuş olsa genellikle bu çocuklarda transvers bir kırık olur. Bu çocukta spiral olduğu için bükme ile oluşan bir kırık bu. Metabolik hastalığı da yok. Kallus da yok yeni oluşan bir kırık bu; yani eskiden oluşan bir kırık da diyemeyiz biz buna. Bunu da bir çocuk istismarı olarak değerlendirmek lazım. Anne çünkü bir gece arkadaşına bırakmış ne olduğu belli değil orada.

4 yaşında bir olgu. Sağ bacağı oynatamama. Hikayesi hipokalsemik nöbetleri olan bir şey bu; tabii raşitizmi var. Bu da tedavi ihmaline girmekte. Çocuğun tedavisini geç yapmış aile.

Olgu 6. 2 yaşında distal femur kırığı. Bu da büyük kemik kırığı sonuçta büyük bir travma ile oluşması lazım ama hikâyesine baktığımızda bu çocukta spina bifida mevcut. Spina bifida'da tabii osteopeni çok sık görülmektedir. Bu çocukların bir kısmı hiç yürüyemiyor ve minimal bir travma ile bile kırılabilir. Burada da hani o tarz bir şey olma ihtimali ile düşünmek gerekir. Bu çocukların kırıkları karşımıza çok ciddi bir kallus oluşumuyla da gelebiliyor. Spina bifidalıların kırıklarında bu kadar ileri derecede kallus oluşumu görülebilir. Bunu da mutlaka akılda tutmak gerekiyor.

Ayırıcı tanıda normal varyantları mutlaka düşünmek gerekir, çünkü çocuklarda özellikle proksimal humerusta olsun, dirsek bölgesinde olsun büyüme merkezleri kırıkla çok karışabilir. Normal varyant şeklinde olabilir, ona dikkat etmek gerekir. Doğum travması da olabilir bu, doğum şeklini de sorgulamak gerekir. O yüzden anamnez önemli. Yani anamnezi mutlaka iyi almak gerekir hem aileyi boşu boşuna suçlamamak açısından hem de vakâyı kaçırmamak açısından. Prematür osteopeni olabilir, osteomyelit, rikets olabilir, lösemi olabilir, sifiliz olabilir bunları mutlaka not etmek gerekir.

Sonuçta önce şüphe etmek lazım şüphe etmeden önce de bilgi sahibi olmak lazım ki fikir beyan edebilelim. Yeterli inceleme sonrasında mutlaka radyolojik tetkikler gerekir bu çocuklarda. İlk başta herhangi bir bulgu olmasa bile şüphe varsa mutlaka kontrole çağırarak gerekir, takibe almak gerekir. Dokümantasyon çok önemli, her şeyi fotoğraflamak gerekir. Mutlaka kırık şekli ile, yumuşak doku travması ile, ailenin verdiği ifade, travmanın olduğu zaman hepsi birbiriyle uyumlu olması gerekir. İstismar durumunda mutlaka bu işte uzman arkadaşlarımızı bilgilendirmek gerekir, uzman arkadaşların önerileriyle bu çocuklarda hareket etmek gerekir. Sadece ya ben bu kırığı iyileştireyim bir şey olmaz dememek gerekir.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Siğillere Yaklaşım

Dr. Öğr. Üyesi Burçin Karamustafaoğlu Balcı

İTF Reprodüktif Endokrinoloji Bilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Burçin Karamustafaoğlu Balcı:

Çocuk istismarı konusunda ben cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve sigillere yaklaşım konusundan bahsetmeye çalışacağım.

Bizim kadın doğum hekimleri olarak cinsel istismar olgularına multidisipliner yaklaşımda rolümüz cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek, tanımak ve ikinci olarak da gebelikleri önlemek olmakta. Çünkü olgularda konuştuğumuz gibi gebelik gelişmişse gebeliğin takibi veya sonlandırılması oluyor ama en önemlisi saldırıdan sonra erken zamanda hastayı görebiliyorsak gebeliği önlemek için çaba içerisinde olmamızdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar derken neyi kastediyoruz? Belirtiler cinsel organlarda görülen ya da kimleri hiç belirti vermeden seyreden cinsel ilişki yoluyla bulaşan ve patojenlerin neden olduğu hastalıklara cinsel yolla bulaşan hastalıklar demekteyiz. Bu hastalıkların geçiş yolu her türlü korunmasız cinsel ilişkidir. Hangi patojenler cinsel yolla bulaşan hastalık nedeni olur? Bakteriler, virüsler, mantarlar, klamidyalara, parazitler çok sayıda patojen cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olabilir.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar iki noktada önemli. Birincisi akut dönemde enfeksiyon kliniği yaratarak rahatsızlık verebilirler hastalara. Kimi zaman da ilk başta enfeksiyon yaratsın yaratmasın, semptomatik olsun olmasın, uzun dönemde morbiditede etkili olabilirler ve bu morbiditeleri de önemsiz değildir. Human papilloma virüsünün serviks karsinomunun en önemli sebebi olduğunu biliyoruz. HIV mortaliteye neden olabiliyor. Hepatit B virüsü kronikleşip siroza götürebiliyor, karaciğer yetmezliğine götürebiliyor. Gonokok – klamidya, eğer tedavi edilmezse, kadın genital sisteminde uzun dönemde infertiliteye neden olabiliyorlar. Yani hem akut dönemde tedavileri bir sorun hem de tedavi edilmezlerse veya edilemezlerse uzun dönemde yarattıkları sorunlar başka.

Cinsel istismara uğramış bir birey ile karşılaştığımız zaman, bir kadınla karşılaştığımız zaman muayene etmemiz gereken yerler neresidir? Oral kavite, memeler, uyluklar, perineal bölge ve anüs muayene edilmelidir. Genital muayenede labiya majorayı, labio minorayı ve himeni muayene etmemiz gerekiyor.

Maalesef cinsel saldırıya veya istismara maruz kalan kadınların %5-10'unda cinsel yolla bulaşan hastalık gelişmektedir. Eğer o bireyde bir semptom varsa, vajinal akıntı, pelvik ağrı gibi; bir cinsel yolla bulaşan enfeksiyon tanısı koyma oranı %25'lere çıkıyor. Ayrıca bu hastalar semptomatik olmasalar bile, asemptomatik olsalar bile, vücutlarına patojenler girmiş ve uzun dönemde sekellere yol açabilecek oluyorlar. Bu yüzden de semptomları olmasa bile bireylerin taramalarını yapmak gerekiyor.

Cinsel saldırıya maruz kalmış olgularda enfeksiyon etkenlerini taramak ve profilaktik veya tedavi edici şekilde reçetelerini düzenlemek gerekiyor. İstisnalar haricinde cinsel istismara veya cinsel saldırıya uğramış olan hastaların uzun aylar boyunca, haftalar boyunca düzenli takip etmemiz genellikle çok mümkün olmuyor. Bu nedenle cinsel saldırıya uğramış bireylerde geniş endikasyonla önlem tedavilerini vermek gerekmektedir. Gonokok, klamidy, HIV, Hepatit B, trikomonas için tarama yapmak ve takip önerilmekle beraber bu imkânımız yoksa profilaktik tedaviyi düzenlemek gerekmektedir.

Neler vermemiz gerekiyor cinsel saldırıya cinsel istismara uğramış bireylere? Hepatit B açısından aşı yapmak gerekiyor eğer o kişi aşısızsa. Eğer bir birey hepatit B aşısı olmuşsa anti HBS ile cevabı takip etmek önerilmese de istismara uğramış olguda anti HBs bakmak önerilmekte. Eğer saldırgan HBsAG pozitif ise yani hepatitli bir bireyse maalesef hepatitin de bulaş riski var fakat bu bulaş riski bir tek saldırıda %5'in altında. Saldırganın Hepatit B olma ihtimali de %5 ve altında. O yüzden her cinsel saldırıda Hepatit B immunglobulini vermek çok mantıklı durmamaktadır. Fakat, aşığı yapmak, aşılı bir bireyse de antikoruna bakmak önerilmektedir. Eğer saldırıya maruz kalmış kız çocuğu 9 yaşından büyükse HPV virüsüne human papilloma virüsüne karşı aşı yapmak gerekmektedir.

HIV için antiretroviral profilaktik tedavi biraz karışık. Bu nedenle bu noktada enfeksiyon uzmanlarından destek almak mantıklı gibi duruyor. Onun dışında genital yollarda sıklıkla gördüğümüz patojenlere karşı antibiyotik önermemiz gerekte. Hangi antibiyotiği önerebiliriz? Geniş spektrumlu bir reçete vermek etkileyebilecek patojenlerin çoğunu karşılayıp bir bulaş olduysa enfeksiyon gelişmesini veya enfeksiyon varsa tedavisine yetecektir. Yani asemptomatik bile olsa pelvik enflamatuvar hastalık gelişmişçesine bir reçete vermek asemptomatik olguları tedavi etmesi, bulaş olduysa enfeksiyon gelişmesini önlemesi açısından mantıklı bir yaklaşım olarak durmaktadır.

Eğer biz bu saldırıdan hemen sonra saldırıya uğramış bireyi göremiyorsak veya sonraki takiplerde nasıl enfeksiyon gelişip gelişmediğini ister semptomatik olsun ister asemptomatik, nasıl anlayacağız? Konvansiyonel olarak kültür ile patojenleri tanımlayabiliyoruz ama artık nükleik asit amplifikasyon testleri ile daha kolay daha hızlı ve daha yüksek tanı gücüyle de patojenlerin varlığını görebiliyoruz.

Hangi bakteri, virüsün, nereden alınan örnekle nasıl taramamız gerekiyor? Gonoreyi boğazdan, rektumdan, üretradan, vaginadan örnek alıp ya kültür ya NAAT ile çalışmak gerekiyor.

Klamidyayı rektal ve vaginal örneklerden kültürünü istemek gerekiyor. Sifilisi mikroskopla tanınmayabiliyoruz. HIV'i saldırı anında ve sonrasındaki takiplerden 6.,12., 24. haftada taramak öneriliyor. Hepatit B'yi de konuştuk. Herpes virüs için rutin tarama önerilmemekte. Herpes için eğer ülser geliştirse zaten görsel olarak da tanı konulabiliyor ama ülserden virüs izole etmeye çalışmak eğer semptom yoksa herpes virüsü araştırmak gerekmiyor. Bakteriyel vaginosis için akıntının boyaması, pH'sına bakmak yeterlidir. Trikomonas da vaginal akıntının kültürü ile taranabilir.

Çok sık gördüğümüz iki patojene değinmek istiyorum. Biri neisseria gonorrhoeae'nin etkin olduğu gonore hastalığı. Bu enfeksiyona sahip olan kadınların önemli bir kısmı asemptomatik. Klinik varsa klinik akıntı, dizüri, anormal uterin kanama şeklinde olmakta. Bazı olgularda da pelvik enflamatuvar hastalık gelişmekte. Biliyoruz ki yenidoğanı da etkileyebilmekte. Enfekte bir kadından doğan yenidoğan da etkilenebilmekte. Tedavisinde önemli iki nokta cinsel saldırı söz konusu değil, düzenli bir partner mevcutsa partneri de tedavi etmek gerektiği ve eğer bu bireyde diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkları da araştırmak gerektiğidir. Tedavisi tek doz intramuskuler seftriaksone ve 1 gr azithromicin eklenmesiyle olmaktadır. Alerjisi olanlarda başka tedavi seçenekleri de mevcuttur.

İkinci en sık gördüğümüz patojen, aslında cinsel yolla bulaşan hastalıkların en sık olanı olarak ifade edilen; klamidyadır. Maalesef çok sık asemptomatik olmakta ve asemptomatik olgularda da salpenjit gelişirse skar dokusu oluşturarak uzun dönemde ağrı, hidrosalpenks, infertilite gibi sıkıntılara neden olabilmektedir. Tedavisi de azitromisin, doksisisiklin, gebelerde ve alerjisi olanlarda eritromisin ile kolaylıkla yapılabilmektedir.

Konuşmamın ikinci bölümünde genital siğillere değineceğim. Genital siğil dediğimiz zaman kadın ve erkekte oluşan ciltten kabarık, kaşıntılı olmayan, karnabahar gibi pütürcükleri olan lezyonlardan bahsediyoruz. Tıpta veya İngilizce literatürde condylomata acuminata denmekte. Condylom dediğimiz zaman bir de condylomata lata var. Condylomata lata treponema pallidumun sebep olduğu sekonder sifilisin bulgusudur. Karıştırmamak gerekiyor. Human papilloma virüsünün lezyonları mukozadan kabarık karnabahar görüntüsünde olan bu lezyonlardır. 200'den fazla human papilloma tipi var ve her birinin saldırdığı vücut bölgesi başka; mesela HPV-1 ayak tabanında siğillere neden oluyor, HPV 6-11 anogenital siğillerin etkeni olabilir. Anogenital bölgede siğil olduğu zaman da condylomata acuminata demektediriz. Bu şekilde vücudun farklı yerinde farklı virüslerin etken olduğu ama benzer görüntülü siğiller karşımıza çıkabilmekte.

Bu HPV'lerin kimileri kanser nedeni kimileri kanser yapmaz. Eğer kanser etkeni bir virüse servikste, vaginada, vulvada, peniste, anüste ve baş boyunda kanserlere neden olabilmekte. En yüksek riskli tipler 16, 18, 31, 33, 35. Özellikle 16 ve 18 en sık görülen ve en onkolojenik gücü yüksek olan tipler.

Bulaş cilt teması ile olmaktadır. Hele ki ciltte zedelenmiş bir bölge varsa virüsün geçişi çok kolay olmaktadır. Bulaş için siğil gerekmiyor, eğer siğil varsa üzerindeki virüs çok olduğu için bulaş çok kolay oluyor ama eğer siğil yoksa da bulaş olabilir. Cansız materyalden geçiyor mu konusu çok sıkıntılı bir konu. Havludan, havuzdan, soyunma kabininden, tuvaletten geçer mi? Geçmez denemiyor ama geçme ihtimalinin çok yüksek olmadığını söylemek gerekiyor. Bulaş için ciltten temas gerekmektedir. Enkübasyon süresi 2 ay ile 6 ay arası, yani bir gün önce olan cinsel saldırının ertesi gününde siğil görüyorsak o saldırıdan kaynaklanmadığını düşünmemiz gerekiyor. Sıklığı da %1 civarında.

2 yaşından küçük çocuklarda siğil gördüğümüz zaman bir saldırı mı düşünmemiz lazım yoksa anneden veya bakım verenden de geçer mi? Bunun ayrımını yapmak biraz sıkıntı. Doğum yoluyla çocuğa geçebilir ama geçme oranını veren yayınlarda en yüksek oran %3; yani geçiyor ama düşük bir oranda geçiyor. Bakım verenin veya annenin ellerinde de siğil varsa o da çocuğa geçebilir. 2 yaşından küçük çocuklarda bakım verende de siğiller varsa bakım verenden veya anneden geçti diyebilmek mümkün olabilir fakat büyük çocuklarda kendisi mobilize olan, kendi tuvaletini kendi yapan, kendi temizliğini kendi yapan yaşlara gelmiş çocuklarda, özellikle ilk yıllarını açmış çocuklarda siğil varsa anneden ve bakım verenden bulaş düşünmek çok mantıklı değil.

Tedavisi iki şekilde olmaktadır. Çocuklarda iyileşme oranı yüksek, 2 yılda çoğu geçiyor ama erişkinlerde geçmesi çok zor. Daha büyüklerde geçmesi çok zor. Tedavisi iki şekilde oluyor. Ya cerrahi olarak bu lezyon yok ediliyor ya da immün sistemi güçlendirerek vücudun kendi kendine siğili yok etmesi bekleniyor. Lezyonu yok etmek için de iki yol var. Biri cerrahi olarak koterle yok etmek, biri de ilaçlar sürüp üzerine zamanla küçülmesini ve kaybolmasını beklemek. İmmün sistemi güçlendiren ilacın ismi imikimod, piyasada aldara krem bulunabilir. Haftada üç gün lezyonun üzerine sürerek uygulanıyor. Bir ayda kür elde etmek planlanıyor. 4 aydan uzun sürdürülmesi öneriliyor. Trikloroasetik asit düzenli olarak lezyonun üzerine sürülerek küçülmesi ve lezyonu yok etmesi beklenen bir ajan. Podofilin de bir toksin, fluorourasil de.

Cerrahi olarak koter kullanımı ile yok edebiliriz, kriyoterapi ile yani soğuk uygulayarak yok edebiliriz. Bu görseli özellikle seçtim tedavi uygulayan hekim gözlük takmalı ki lezyona

bir işlem yapıldığı zaman etrafa HPV'ler sıçrayabiliyor. Bulaş olabiliyor o yüzden işlemi yapan hekimin ya da kişinin kendini koruması gerektiğini hatırlatmak için bu görseli kullanmak istedim. Koter de bu şekilde elektrik enerjisi ile lezyonu yok etme amaçlanıyor. Sağda farklı koter uçları görüyoruz. Bunlarla da büyük olan lezyonlara işlem yapmak mümkün olabiliyor.

Bahsedeceğim son konuda acil kontrasepsiyon. Acil kontrasepsiyon sıklıkla gerekebilen bir uygulama. Acil kontrasepsiyon elde etmek için elimizde birkaç farklı yöntem var. Bunlardan bir tanesi rahim içi araçlar. Düzenli beraberliği olan, düzenli bir partneri olan kişilerde korumasız bir ilişki olduysa veya korumada bir hata olduysa acil kontrasepsiyon gerekiyorsa rahim içi araç çok mantıklı bir yöntem. Çünkü uzun süreli de koruma sağlayacağı için ve korunması ilişkiden sonraki 5 güne kadar takılırsa fayda göstereceği için çok mantıklı bir yöntem. Fakat cinsel saldırı olgularında, cinsel istismar olgularında, düzenli partneri olmayanlarda, küçük çocuklarda, küçük kızlarda bu mantıklı bir yöntem olmuyor.

Hormonal yöntemler de yüksek doz östrojen ve yüksek doz progesteron içeren yöntemler. Yüksek doz östrojen içeren acil kontrasepsiyon yöntemlerini kullanmak çok zor çünkü yüksek oranda östrojen çok şiddetli bir bulantı da yapıyor. O yüzden tolere etmenin zor olduğu bir profilaksi yöntemi. Yüksek doz progesteron içermek de aslında çok yüksek koruyuculuğu olan bir yöntem. Eskiden ülkemizde Norlevo piyasa ismi ile levonorgestrel içeren, 1,5 mg levonorgestrel içeren tabletler vardı, dünyanın da birçok ülkesinde olan kullanılan tabletler. Bu tabletlerin ikisini bir arada veya 12 saat arayla alındığı zaman kanda yüksek progesteron konsantrasyonu elde edip implantasyonu önlemek şeklinde acil kontrasepsiyon sağlanabiliyordu fakat bu ilacı piyasada bulamıyoruz. Ellaone artık piyasada bulabileceğimiz acil kontrasepsiyon ilacı.

Acil kontrasepsiyon yöntemlerinden cinsel saldırıda en mantıklı olan ellaone isimindeki bu preparat gibi durmaktadır. Çünkü uygulaması kolaydır; içinde 1 tane hap var. İlişkiden sonraki veya saldırıdan sonraki 5 günde kullanılabilir. Cerrahi müdahale gerektirmiyor, eczaneden temin edilebiliyor. Rahim içi araç yerleştirmek gibi bir cerrahi müdahale gerekmiyor ve yüksek dozda östrojenin yarattığı dayanılmayacak bulantı gibi yan etkisi de yok. O yüzden acil kontrasepsiyon amacıyla kadın doğum pratiğinde çok sayıda yöntem olmasına rağmen cinsel saldırı, cinsel istismar olgularında kullanılacak en uygun yöntem bu preparat gibi durmakta. Dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

2. GÜN

2. OTURUM

Çocuk İstismarı İhmaline Yaklaşımında Çocuk İzlem Merkezleri'nin (ÇİM) Rolü

Uzm. Dr. Ethem Erol

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk İzlem Merkezi

Uzm. Dr. Ethem Erol:

Çocuk Hakları Sözleşmesi, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'na göre 18 yaşını doldurmamış her insan çocuktur. Yine 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'na göre daha erken yaşta ergin olsa bile 18 yaşını doldurmamış kimse çocuk sayılır. Çocuğun hakları uluslararası sözleşmelerle de korunmuş durumdadır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin özünde yer alan 4 ana ilkede; 1. ilkenin ayırım gözetmeme ya da evrensellik ilkesi olduğunu, kısaca tüm çocukların aynı haklara sahip olduğunu görüyoruz. 2. ilke de çocuğun yüksek yararı vardır. Çocuğu etkileyecek tüm kararlarda çocuğun yüksek yararı birinci derecede gözetilmelidir der. 3. ilke yaşam, hayatta kalma ve gelişme ilkesidir. Tüm çocukların yaşam, hayatta kalma ve gelişme hakkı olduğunu vurgular. 4. ilke de çocukların kendilerini etkileyen konularda görüşlerini serbestçe ifade etmeleri ve bu görüşlerin ciddiyetle dikkate alınmasını sağlamak haklarıdır.

İstismar, çocuğun beden ve ruh sağlığına zarar veren ya da zarar verme riski taşıyan, gelişimini engelleyen her türlü uygulamanın çocuğa karşı kötü muamele ya da çocuk istismarı olduğunu söyleyebiliriz. Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını; çocuğun sağlığını, fiziksel ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen ve bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar olarak bildirmiş ve dört tip istismar tanımlamıştır. (Fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal) (WHO, 2006) Cinsel istismar çocuğun bir cinsel etkinliğe dahil edilmesidir. Fiziksel istismar çocuğa karşı kasıtlı fiziksel güç kullanılmasıdır. Duygusal istismar, çocuğa bakan kişinin çocuğun ruh sağlığını bozacak etkide bulunmasıdır. İhmal çocuğun temel gereksinimlerini karşılamada çocuğa bakmakla yükümlü kimselerin ihmal göstermesidir.

Çocuğun ihmal ve istismarın da çocuğa ait birtakım risklerin olduğunu, bu risklerinde aile, çevresel ve toplumsal risklerle çevrili olduğunu görüyoruz. Çocukla ilişkili risklerde istenmeyen ya da istenmeyen cinsiyette doğan, ailelerin beklentilerini karşılamayan çocuklar, sürekli bakım gerektiren, davranış sorunları olan çocuklar, üvey çocuklar vardır. Anne baba ya da bakım veren kişi ile ilişkili risk faktörlerinde çocukken ebeveynin istismara uğramış olması, genç ebeveyn, yalnız yaşayan ebeveyn, eğitim eksikliği, ebeveynin alkol ya da uyuşturucu kullanıyor olması, fiziksel veya psikiyatrik bir hastalığın varlığı, ekonomik sıkıntı, işsizlik, aile içi şiddet varlığı, sosyal destek yetersizliği gibi ebeveyn ile ilişkili riskler arasındadır. Çevresel ve toplumsal risklerin içerisinde şiddetin kabul edilebilir olması, organize şiddetin varlığı, kontrolsüz internetinde olduğu görülmektedir.

Cinsel istismarın mutlaka şiddet içermesi gerekmez. Çocuğun rızasının olup olmadığı da önemli değildir. Aile çocuğun bazı davranışlarından ve fiziksel bulgularından şüphelenip çocuğu doktora götürür.

Çocuklarda cinsel istismarı düşündürecek bulgulara bakacak olursak, Cinselliğe ilişkin her türlü konu ve duruma aşırı ilgi gösterme ya da aşırı kaçınma, yaşa uygun olmayan cinsel davranış, bedenin kirli ya da zedelenmiş olduğuna inanma ve sebepsiz bir takım somatik yakınmaların bulunması. (Sık idrara gitme, karın ağrısı, kusma, baş ağrısı, altına kaçırma, uyku düzensizliği gibi.) Çocuklardaki bu yakınmaların tamamında istismar düşünmemiz doğru değildir. Pediatri polikliniğine gelen vakaların çoğunda da bu yakınmaları görmekteyiz. Çocuk ile uğraşan sağlık profesyonellerinin istismarı her zaman akıllarında tutması, bu tür yakınmalarla sürekli karşılarına gelen çocuklarda istismar olabileceğini de düşünmeleri gerekir. İstismara uğrayan çocuk genital bölgesinde sorun olduğundan korkar, resimlerinde, oyunlarında ve hayallerinde cinsel istismara uğradığını düşündüren özellikleri yansıtır. Tuvalet eğitimini kazanmış bir çocuğun altını ıslatmaya başlaması, adolesanın kendine zarar verici davranışlarda bulunması, okul başarısı iyi olan bir çocuğun okula gitmemesi, okul başarısının düşmesi, çocuğun gösterdiği bazı davranış biçimleridir. Bu belirtilerden hiçbirisi çocuk istismarının kesin ve net göstergesi değildir. Farklı nedenlerden ötürü de çocuklar bu şekilde davranabilir. Ancak bu belirtilerin fark edilmesi halinde istismar olasılığını da düşünmemiz gerekir. Çocuğun ifadesi, beden ve giysilerinde sperm ya da kan lekelerinin bulunması, cinsel yolla bulaşan bir hastalığın varlığı, gebelik, cinsel istismarı destekleyen fiziksel travma belirtileri, çocuğun ifadesi ile uyumlu vaginal ve rektal kanamanın olması gibi bulgular, cinsel istismarın kuvvetli göstergesidir.

Cinsel istismar konusunda hikâye uyduran çocuk çok azdır. Eğer bir çocuk cinsel olarak istismar edildiğine ilişkin bilgi veriyorsa, temel yaklaşım çocuğa inanmak olmalıdır. Böyle bir durumu fark ettiğimiz zaman çocuğu istismar ortamından uzaklaştırıp, hemen çocuğun ihbarı yapılmalıdır. Bildirimde bulunulmaz ise çocuğa istismarın şiddeti giderek artar. Çocuk kendini yalnız ve çaresiz hissederek, yaşam ile bağlantısını giderek keser. İhbar da bulunmaz ise istismarcının cezasız kalması, yaptığının onaylandığını düşünmesi, başkalarını da istismar etmeye başlaması göz önünde bulundurulması gereken konulardır.

Çocukluk çağındaki cinsel istismarın uzun dönem etkilerinde, mağdurlarda ileri yaşlarda intihar girişiminin sıklığı, özgüven eksikliği, anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, suça karışma sıklığında artışın olduğu görülmektedir.

İstismar sırasıyla ev, okul ve sokakta gerçekleşmektedir. İstismar eden kişilerin de sıklıkla çocuğun yakın çevresi, arkadaş ve komşusu olduğu görülmektedir. Genelde çocuk istismar eden kişiyi tanımaktadır.

Çocuğun istismarı suçtur, TCK'ye göre bildirim yükümlülüğümüz vardır.

TCK 278. 279. ve 280. maddeler suçu bildirme yükümlülüğümüzdür. TCK 98. madde, SHÇEK kanunu 21. madde, Çocuk Koruma Kanunu 6. Madde'de korunma gereksinimi olan kişileri, bildirme yükümlülüğümüzü belirtir. 278. madde herkesi, 279. madde kamu görevi olan kişileri kapsar. Kamu sağlık çalışanları 279. madde kapsamındadır. TCK madde 280, kamu dışında çalışan sağlık mesleği mensuplarını kapsamaktadır.

Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) 2010 yılında Ankara'da pilot uygulama ile çalışmaya başlamıştır. Bugün 50 ilde 53 merkezde hizmet vermektedir. Hizmetlerini 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi üzerine sürdürmektedir. Cinsel istismara uğrayan çocuklara, adli ve tıbbi süreçlerinde bilinçli ve etkin bir şekilde hizmet verilerek çocukların ikinci kez örselenmelerini önlemek ÇİM lerin kuruluş amacıdır. Çalışma ilkelerinde; Çocuk İzlem Merkezleri Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde, Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Hakimler Savcılar Yüksek Kurulu, Yargıtay Başkanlığı ve Cumhuriyet Başsavcılıkları'nın katılmaları ile çalışmalarını sürdürmektedir.

Merkezlerde oluşturulan güvenli ve çocuk dostu ortam ile çocuktaki travmanın etkilerinin azaltılması amaçlanmaktadır. ÇİM'de sadece cinsel istismara uğradığı düşünülen 18 yaş altı çocukların görüşmeleri, adli, fiziksel ve psikiyatrik muayeneleri yapılmaktadır. Yaşanan olayın sağlıklı değerlendirilmesi için aile ile de görüşülerek çocuk ve ailenin ilk danışmanlık gereksinimleri karşılanmaktadır. Adli ve tıbbi işlemler bu alanda eğitilmiş ve sertifikalı kişiler tarafından yürütülmektedir. Cinsel istismarın önleyici tedbirlerinin alınması da aynı süreç içerisinde sağlanır. ÇİM'ler çocuğun yüksek yararı gözetilerek oluşturulan merkezlerdir. Cinsel istismar şüphesi olan çocuğun beyanı ÇİM'de alınmaktadır. Aynı zamanda çocuğun ailesi ile de görüşülür. Çocuğun muayenesi yapılır ve gereken raporlar hazırlanır. Çocuk ile ilgili mahremiyet ve bilginin gizliliği esastır. Cinsel istismar dışında, yalnızca fiziksel istismar veya ihmale uğrayan çocuklar ÇİM'de değerlendirilmemektedir.

Bildirimler sıklıkla kolluk kuvvetlerine yapılmaktadır. Bildirimi alan kolluk görevlisi ilgili Cumhuriyet Savcısının talimatını alarak çocuğu ÇİM'e getirir. Çocuk için barodan atanan

bir avukatta ÇİM'e gelir. ÇİM'e geliş süreci jandarma ya da çocuk polisi tarafından sağlanmaktadır. Makul şüphenin oluşması yeterlidir. Savcının talimatını alan kolluk sivil ekip ve sivil araç ile olay hakkında detaylı görüşme yapmadan çocuğu ÇİM'e getirmektedir.

ÇİM çalışanları; Sorumlu Hekim, Konsültan hekimler, Adli ve Aile görüşmecileri, Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü temsilcisi ve hemşirelerdir. Adli görüşmeciler, hekim, psikolog, psikolojik danışman, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı ve çocuk sağlığı ya da psikiyatri alanında yüksek lisans yapmış hemşireler olabilir. Sağlık Bakanlığı yukarıda sayılan meslek elemanlarına adli görüşmeci eğitimi düzenlemekte, başarılı olanlara Adli Görüşmeci Sertifikası vermektedir. Adli görüşmeci sertifikası alan meslek elemanları ÇİM'de görevlendirilmektedir.

Aile Bakanlığı İl Müdürlüğü temsilcisi ailesine teslim edilmesinde risk bulunan ya da kimsesi olmayan çocukların çocuk evlerine yerleştirilmesini sağlar, sosyal inceleme yapar, raporunu hazırlar, kurumu ile iletişimi gerçekleştirir.

Hemşire merkezde değerlendirilen çocukların adli ve tıbbi muayenesinin organizasyonundan sorumludur.

Sorumlu hekim hizmetin bir ekip anlayışı içerisinde planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasını sağlar. Her çocuğun, çocuk ve aile görüşmesi ayrı uzmanlar tarafından yapılır. Aile görüşmesi, adli görüşmeciler tarafından dönüşümlü olarak yürütülmektedir. Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi'ndeki ÇİM, diğer ÇİM'leri gibi 7 gün 24 saat boyunca hizmet vermektedir.

Mesai saatleri dışında vaka olduğunda nöbetçi ekip hızla işlemleri başlatır. Gece başvuran çocuklar 24 saati geçmeyecek şekilde merkezde hemşire ve adli görüşmeci refakatinde konaklayabilir. Çocuğun refakat eşliğinde kalabileceği merkezde banyolu bir konuk odası da mevcuttur. ÇİM de değerlendirilen çocukların, işlemleri tamamlanana kadar, barınma beslenme ve tıbbi gereksinimleri hastane tarafından karşılanmaktadır.

Adli görüşmeci ÇİM'e gelen çocuğu ilk olarak ön görüşmeye alır, aile görüşmecisi de aile görüşmesini yapar. Ön görüşmeden amaç çocukla tanışmak, ilişki kurarak güven duygusunu kazanmaktır. Aile görüşmecisi, olay ile ilgili aileden bilgi alır ve aile yapısını değerlendirir.

Adli görüşme aynalı bir odada yapılmaktadır. Çocuk görüşmeye alındığı zaman, aynanın arka tarafında bulunan, kendisini dinleyenler hakkında bilgilendirilir. Görüşme sesli ve görüntülü kayıt altına alınır. Kayıt altına alınacağı da çocuğa söylenir. Oluşturulan ifade tutanağı da

ilgili kişiler tarafından imzalanır. Adli Görüşmecinin çocuk ile konuşmasını aynanın arka tarafında Cumhuriyet Savcısı, çocuğun avukatı, aile görüşmecisi ve Aile Bakanlığı İl Müdürlüğü temsilcisi görerek dinler. Adli görüşmeci çocuğun yaşına uygun bir dille, gerekirse anatomik resimler de kullanarak, çocuktan yaşadığı olay ile ilgili bilgileri alır. Görüşmede çocuğun kendini rahat bir ortamda ifade etmesi sağlanır. İstismarcının kimliği ve özellikleri öğrenilir. Görüşmeyi izleyenlerin soruları da Adli Görüşmeci tarafından çocuğa uygun bir dil kullanılarak sorulur. Çocuğun doğruyu yanlıştan ayırt edebilmesi ve çocuğun verdiği bilgilerin güvenilirliği dikkatlice değerlendirilir.

Çocuk Merkezde adli, tıbbi ve sosyal olarak 3 yönde değerlendirilir. Adli görüşmeci görüşme sonrası dönemde çocuğu sağlık birimine getirmekte ve sağlık personeli ile tanıştırmaktadır. Çocuğun beyanında anlattığı, istismar şeklinin yazılı olduğu mağdur ifade formunu sağlık personeline teslim eder. Adli görüşmeci, çocuğun yaşadığı olay ile ilgili kısa görüşlerini belirtir. Amaç çocuğa tekrar tekrar aynı soruların sorulmamasıdır. Cinsel istismar mağduru çocuğun değerlendirilmesinde önceliğin, örselenmiş olan beden ve ruh sağlığını korumak olduğu unutulmamalıdır.

Eğer bir cinsel saldırı söz konusu ise mümkün olan en kısa süre içerisinde muayenenin yapılması gerekmektedir. Muayene aile içi şüphe yoksa çocuğun da rızası var ise aileden ilgili bir yetişkin eşliğinde yapılabilir. Tıbbi değerlendirmenin amacı tıbbi delilleri korumak, gerekirse örnek almak, fiziksel travmanın tıbbi bulgularını belirlemek, ruhsal travmatik bulguların değerlendirilmesini sağlamaktır. Adli muayene delillerin toplanması açısından önemlidir. En kısa süre içerisinde yapılmalıdır. Ancak olguların çoğunda fizik muayene bulgusu yoktur, ya olay üzerinden çok zaman geçmiştir ya da yaralayıcı olmayan istismar gerçekleşmiştir. Çocuk sağlık kontrolünden geçirilirken tıbbi öz ve soy geçmişi kaydedilir. Çocuğun büyüme ve gelişmesi değerlendirip rutin fizik muayenesi yapılır. Kız çocuklarda gebelik ihtimali, gebeliğin önlenmesi, gebeliğin tespit edilmesi, gerekirse gebeliğin sonlandırılması konuları mutlaka hatırlanmalıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından da serolojik tetkikler istenir. Hepatit A ve B ye karşı yeterli bağışıklama gelişmemiş çocukların aşılınmaları sağlanır. Serolojik testler gerektiğinde 3. ve 6. ayın sonunda tekrarlanmaktadır. Çocuğun yakınmalarına göre vaginal, oral, idrar kültürü alınır. Riskli olgularda bakteriyel enfeksiyonlar için profilaktik antibiyotik tedavisi verilir. Gebelik riski taşıyan cinsel istismarda ilk 72 saatte tıbbi kontrasepsiyon planlanır. Gebelik durumunda kadın doğum konsültasyonu istenmektedir. Gebelik tahliyesinin çocuk ve ailesinin onayı ve mahkeme kararıyla gerçekleştirileceği bilinmelidir. Tüm işlemlerde mağ-

dur ve ailesinin rızası alınmaktadır. Çocuk izlem merkezine gelen cinsel istismar mağduru çocuklara psikiyatri konsültasyonu istenmektedir. Çocuğun istismar sonrasında beden ve ruh sağlığını değerlendirmek önemlidir. Savcılığın adli görüşme sonrasında çocuk ile ilgili bir adli muayene talimatı var ise çocuk ÇİM’de adli muayene için hazırlanır. ÇİM hemşiresi çocuğa yapılacak muayeneler hakkında bilgi verir. Çocuk ve ailesinden aydınlatılmış onamları alınır. İç beden muayenesi bazı merkezlerde video kolposkop ile kayıt altına alınabilmektedir.

Çocuğun yüksek yararı gerektiriyor ise acil koruma kararı önerilir. Gerekli görülür ise çocuğun yaşadığı mekânda Aile ve Çalışma İl Müdürlüğü tarafından sosyal inceleme yapılır. Çocuk için önerilen koruyucu ve destekleyici tedbirler ifade tutanağında belirtilir.

Çocuğun ifadesi alınırken, tıbbi değerlendirme yaparken, çocuğu yargılamamak, tıbbi kanaati çarpıtmamak gerekir.

Günün adli nöbetçisi çocuğun başından sonuna kadar her işleminden sorumludur. Adli görüşme bittikten, tıbbi, adli ve psikiyatrik muayenesinden sonra çocuk merkezden uğurlanır. Adli, tıbbi, ruhsal ve sosyal açıdan çok yönlü değerlendirilen çocuktan elde edilen bilgiler adli görüşmecisi tarafından rapor haline getirilip ses ve görüntü kayıtları ile Cumhuriyet Savcısına kapalı zarf içerisinde çok gizli olarak gönderilir. Her aşamada çocuk ile ilgili bilginin gizliliğine ve mahremiyetine dikkat edilmektedir. Çocuğun istismar bilgileri kesinlikle Hastane Bilgi Yönetim Sistemi’ne girilmemektedir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda çocukların cinsel istismarı madde 103, reşit olmayanla cinsel ilişki madde 104, cinsel taciz suçu da madde 105’te bulunmaktadır. Taciz dokunma gerçekleşmeden, sanal, sözel, teşhir yolu ile olan istismar şeklidir.

TCK Madde 104 Cebir tehdit veya hile olmaksızın 15 yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, mağdurun şikâyeti üzerine cezalandırılır. Burada şikâyetin olması gerektiği hükmü vardır. TCK Madde 103’e baktığımız zaman 15 yaşını tamamlamamış her çocuğun suçun mağduru olduğunu ve şikâyete tabi olmadığını görmekteyiz. Şikâyeti olmasa bile, 15 yaşını tamamlamış çocuklarda, çocuğa karşı gerçekleştirilen cinsel davranışlarda cinsel istismar suçunu oluşturacak unsurlar aranmaktadır. 15 yaşını tamamlamış çocukların fiilin hukuksal anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği; cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak cinsel davranışın gerçekleşmesi şeklinde olan unsurlardır. Herhangi bir sorunu olmayan, mental kapasitesi yeterli olan, aynı zamanda cebir, tehdit ve hile ile gerçekleşmediği bilinen durumlarda kanun 15 yaşını tamamlamış çocuğun rızasına hukuki geçerlilik tanımıştır.

Ancak 15 yaşını tamamlamış çocuklara karşı gerçekleştirilen cinsel davranışlarda, cinsel istismar suçunu oluşturan gerekli unsurların bulunup bulunmadığının takdir yetkisi ise Cumhuriyet Savcısındadır. **Mağdur 18 yaşından küçük iken gerçekleştiği anlaşılan her türlü istismarın yetkili makamlara bildirilmesi gerekmektedir.** İhbarı alan Cumhuriyet Savcısı kamu davası açılıp açılmayacağını takdir edecektir. **18 yaşın altındaki her çocuğun cinsel istismar şüphesi olduğunda bildirim yapılmalıdır.** Çocuk ÇİM’de ailenin ve çevresel faktörlerin de baskısı olmadan kendini ifade edecek, Cumhuriyet Savcısı da ona göre kamu davası açılıp açılmayacağı yetkisini kullanacaktır.

Kısaca ÇİM’lerin sorunlarından da bahsetmek istiyorum. Çocuk İzlem Merkezleri’nde standardizasyonun sağlanması ve yönetmeliğinin ivedilikle çıkartılması gerekmektedir. Konu ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Adli görüşmecisi sayısı bazı merkezlerde yeterli değildir. Adli görüşmecilerin, tayin ya da görevlendirme nedeni ile azalması sıkıntı yaratmaktadır. Adli görüşmecisi sayısının 7/24 hizmete uygun olarak belirlenmesi gerekmektedir.

ÇİM’lerin Adalet Bakanlığı Ulusal Yargı Ağı’na (UYAP) dahil edilmesi, evrakların daha kısa süre içerisinde yetkililerin eline ulaşmasını sağlayacaktır.

İstanbul’da 4 ÇİM hizmet vermektedir. İstanbul’da her adliyenin sorumluluk alanında bir hastanede ÇİM in olması gerekir. Çağlayan, Bakırköy, Küçükçekmece ve Anadolu Yakası Adliye bölgelerinde sırası ile Şişli Hamidiye Etfal, Bakırköy Ruh Sinir Hastalıkları, Halkalı Kanuni Sultan Süleyman ve Pendik Eğitim Araştırma Hastanelerinde toplam 4 ÇİM bulunmaktadır. Büyükçekmece Adliyesi ve Gaziosmanpaşa Adliyesi’nin sorumluluk alanı içerisinde ÇİM bulunmamaktadır. İlgili merkezlerin açılması ile ilgili bakanlığımızın çalışmaları devam etmektedir. Gaziosmanpaşa Adliyesi vakalarını Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇİM’e, Büyükçekmece Adliyesi de vakalarını Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesindeki ÇİM e göndermektedir.

İstismar mağduru çocukların takibinin daha etkili yapılabilmesi gerekmektedir. Çocuğun ifadesinin ÇİM’de alınması ve çocuğa ilk tıbbi yaklaşımın ÇİM’de yapılması önemlidir ancak ÇİM’ler çocukların takip edileceği merkezler değildir. Bu çocukların takip ve rehabilitasyonunun daha etkin olması için farklı düzenlemelerin yapılması uygun olacaktır.

Nitelikli istismar vakalarında şüpheliden serolojik testlerin alınması gerekmektedir. Mağdur çocuğa cinsel yolla bulaşabilecek hastalıklarda önlem alınmasında önemlidir. Görüşümüzü belirterek savcılıklara bildirmekte ancak yanıt alamamaktayız.

**İstismara Uğrayan ve Suça İtilmiş Çocukların
Topluma Kazandırılmasında Yapay Zekânın Rolü**

Dr. Öğr. Üyesi İnci Zaim

İstanbul Üniversitesi Enformatik Birimi

Dr. Öğr. Üyesi İnci Zaim:

1. Giriş

Suçta sürüklenme döngülerine bakıldığında, doğru aile, eğitim ve fiziksel etki uyarılarından mahrum edilen, sokakta yaşayan, şiddet, ihmal ve istismara uğrayan çocuklar ve gençlerin başlıca risk altındaki gruplar olarak tanımlandığı görülmektedir. TUİK 2015'te güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocuk sayısının 2014'e göre %4,4 oranında artarak 303 bin 213 olduğunu, suça sürüklenme nedeni ile güvenlik birimlerine getirilen sayının ise 118 bin 245 olduğunu açıklamıştır. Suça sürüklenen çocukların %36'sı yaralama, %24,6'sı hırsızlık, %6,8'i 5682 Sayılı Kanun'a muhalefet, %5,9'u uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak, satmak veya satın almak, %3,7'si tehdit, %3,5'i ise mala zarar verme suçu ile isnat edilerek güvenlik birimlerine getirilmiştir. Çocukların; %57,4'ünün 15-17, %23,4'ünün 12-14, %18,9'ünün ise 11 yaş ve altında olduğu açıklanmıştır. Tüm dünyada ve ülkemizde son yıllarda başta şehir hayatının güvenli ve daha yaşanabilir olması için teknolojik sistemlerle donatılması sağlanmaya çalışılmaktadır. Kurulan sistemler bireylerin güvende olmalarını, daha kaliteli yaşam koşullarında bir hayat sürdürmelerini hedeflemektedir. Bu kapsamda kullanılan kameralar, parmak izi tanıma, yüz tanıma vb. sistemlerin kullanılmasıyla pek çok insana ait davranış örüntüleri çıkarılmaktadır. Örneğin bu sistemler sayesinde çocuk parkında vakit geçiren insanların örüntüleri çıkartılabilmekte ve belirli bir saatten sonra ışıklar otomatik olarak söndürülebilmektedir. Bu sayede elektrikten tasarruf edilmektedir. Ancak olağan dışı davranışların gerçekleşme ihtimalinin hesaplanması halinde kameralar kayıt almaya devam ederek hareket tespiti halinde ışıkların otomatik açılmasını sağlamakta, güvenliği tehdit edebilecek bir durumun tespiti halinde ilgili birime uyarı gönderebilmektedir.

Teknolojinin son 20 yıldaki hızlı gelişimi bir zamanlar hayal olan birçok olayın günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmesine hatta olağan olmasına neden olmuştur. Örneğin 1990'lı yıllarda hayatımıza giren cep telefonlarının bugün bileğimize taktığımız ve ECG verilerimizi alarak sağlığımızla ilgili öngörüler yaparak ilgili önlemleri alan bir cihaza dönüşeceğini birçok kişi hayal edememiştir. Ancak bugün hepimiz için çok olağan bir durumdur. Teknolojinin gelişmesi gözle görünür ve görünmez birçok kolaylığın sağlanmasına öngörünün yapılarak önlemlerin alınmasına neden olmaktadır. Erken teşhisle hayat kurtarılmasına destek veren sistemlere klinik karar destek sistemleri (KKDS) denilmektedir. İlk sayılabilecek KKDS, 1960'ların sonunda Leeds Üniversitesi'nde, De Dombal ve yardımcıları abdominal hastalıklarla ilgili belirti sürecini inceleyen, bilgisayar temelli klinik karar yardımcı sistemidir. Binlerce hastadan

alınan bulguları değerlendirerek elde edilen nitelikli verilerin yardımıyla, farklı koşullarda farklı sonuçların ne olacağı üzerine Bayesian olasılık teorisinden faydalanarak yorumlar yapmaktaydı. Sistem akut ağrılarda muhtemel yedi hastalığın teşhisini, duyarlılık ve hassasiyet özelliklerini kullanarak, hastalığın yaygın çeşitli işaretlerini, belirti, bulgu ve test sonuçlarına dayanarak yaptığı hesaplamalarla ortaya koyuyordu. Sistemin destek verdiği hastalıklar; apandisit, peptik ülser, divertikulus, safra kesesi ağrısı, pankreas, ince barsak sorunları ve nedeni açık olmayan abdominal ağrılar şeklinde sırlanıyordu. Çalışma 304 karın ağrısı şikâyeti olan hasta üzerinde yapılmıştır. Bilgisayar sistemi 279 hastanın nihai teşhisini gerçekleştirerek %91,8 oranında doğrulukla çalışmayı başarmıştır (De Dombal et al. 1972). Bugün gelinen noktada geliştirilen KKDS'ler tıp öğrencilerinin 3 boyutlu eğitim alabileceği ortamların sağlandığı, hekimlere teşhis ve tedavi planlamada destek verecek düzeye gelmiştir.

Peki bu sistemlerin altında nasıl bir mantık yatmaktadır? Varsayalım ki kilitli bir odada, dışarıyla iletişiminizin olmadığı deneysel bir ortamsınız. Odanın iki karşılıklı duvarı binlerce çekmecedan oluşan devasa kütüphaneye kaplıyken diğer iki karşılıklı duvarda dışarıdan bir zarfın girebileceği ve sizin bir zarf atabileceğiniz kadar ufak iki oyuk olsun. Oyuklardan birinden daha önce hiç aşına olmadığınız sembollerin yazılı olduğu bir kâğıt atılsın. Kâğıdın atıldığı duvarda kâğıdı elinize aldıktan sonra ne yapmanız gerektiğini sırayla anlatan adımlar olsun. Düşünün ki siz kâğıt atıldıktan sonra oradaki her adımı takip ederek kütüphane çekmecelerinden alarak adımlarda verilen biçimde sıraya dizeceğiniz sembol, kelime vb. şeylerle bir örüntü oluşturduunuz ve o yeni oluşan örüntüyü diğer oyuktan dışarı attınız. İşte siz şu an gelen bir bilgiyi algoritma kullanarak cevaplayıp bir çıktı oluşturmuş oldunuz. Kullandığınız adımlar bilgisayar dilinde algoritma olarak geçmektedir. Odaya binlerce kâğıt atıldığını ve sizin her kâğıdı tek tek adımları takip ederek sonuçları oluşturup dışarı yolladığınızı düşünün. Bir zaman sonra gelen kağıtlarda yazan komutları artık öğrenmiş olacak ve daha hızlı biçimde çıktıyı oluşturuyor olacaksınız. İşte matematik modellerin kullanımıyla bir işlemi çok sayıda yaptığınızda gerçekleşen öğrenmeye makine öğrenme, odaya atılan kâğıda bu öğrenmeyle verilen tepkinin tüm sistemine yapay zekâ denilmektedir. Yapay sinir ağları, büyük veri kümelerindeki (analitik) karmaşık doğrusal olmayan ilişkileri tanımlamak için çoklu algoritmalar kullanan esnek matematiksel modellerdir. Makineler, küçük algoritma değişikliklerine yanıt olarak karşılaşılan hataların ne zaman düzeltildiğini (eğitim) öğrenerek tahmin modelinin doğruluğunu (güvenini) giderek artırır. Yapay zekâ, öğrenme ve akıl yürütmeye yönelik çok çeşitli sembolik ve istatistiksel yaklaşımları kapsarken algoritmalarda, hesaplama gücünde ve büyük veri kümelerine eri-

şimdeki son gelişmeler yapay sinir ağlarının önde gelen yapay zekâ yöntemi olarak ortaya çıkmasını sağlamıştır. Günümüzde yapay sinir ağlarıyla başladığı gelişimine derin öğrenme algoritmaları ve üst düzey haberleşme sistemlerinin etkisiyle giyilebilir teknolojiden veri olarak devam etmektedir. Yapay zekâ, makine öğrenmesi ve derin öğrenme arasındaki ilişkiyi şöyle tanımlayabiliriz. Yapay zekâ makine öğrenmesi, doğal dil işleme, uzman sistemler vb. birçok alt sistemleri kapsamaktadır. Makine öğrenmesi makinelerin bir tepkiyi oluşturabilmesi için örneğin bu bir görüntü tanıma, ses tanıma, sese yönelme, görüntüyü eşleştirip kapıyı açma için gereksinim duyduğu öğrenme modellerini içermektedir. Derin öğrenme ise bu modellerin daha özelleştirilmiş bir halidir.

Gaziosmanpaşa İlçesi Çocuk ve Ergen Eğitim ve Gelişim Merkezi Projesi İstanbul Kalkınma Ajansı tarafından ÇGE 143 proje koduyla desteklenmiştir. İstanbul Valiliği, Gaziosmanpaşa Belediyesi, Gaziosmanpaşa Kaymakamlığı, Gaziosmanpaşa İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü, Işık Üniversitesi ortaklığında İstanbul Üniversitesi yürütücülüğünde gerçekleşmiştir. Proje, çocuk ve ergen davranışlarının matematik modellerle analiz edilmesiyle öngörülmesi ve önlenmesini amaçlamıştır. Proje kapsamında kurulan matematiksel model öngörme modeli ve önleyici hizmetler modeli altında iki modelden oluşmaktadır.

2. GENOMİST Projesi

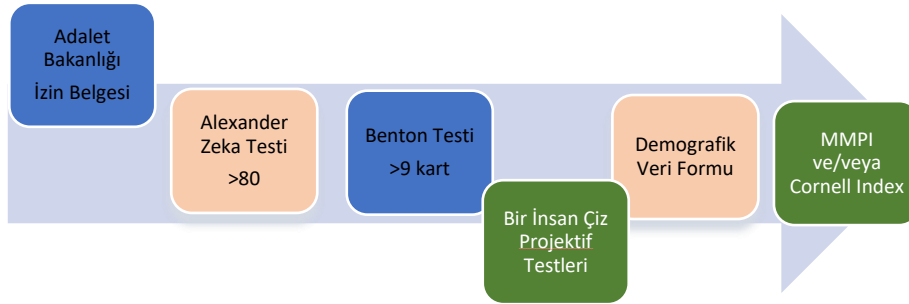
Genomist projesi kapsamında tasarımı yapılan öngörme matematiksel modeli için alınan özel izinlerle Adalet Bakanlığı Kapalı Ceza İnfaz Kurumlarında hükümlü ve tutuklulardan (kapsam dışı-terör suçu) tamamı Esenyurt Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencilerinden oluşan psikoloji ekibi üyeleri tarafından ilk aşamada yarı yapılandırılmış ve ikinci aşamada yapılandırılmış görüşmelerle veriler elde edilmiştir. Elde edilen veriler matematiksel olarak modellenmiştir.

Grup 1; Eğitim kümesi olarak anılmaktadır. Bu kümenin bilgileri (matematiksel adı ile elemanları) kasten ve planlayarak suça sürüklenmiş, ceza infaz kurumlarında bulunan 12-17 yaş aralığındaki hükümlü çocuk ve gençlerden elde edilmiştir.

Grup 2; Test kümesi-1 olarak anılmaktadır. Bu kümenin bilgileri (matematiksel adı ile elemanları) kasten ve planlayarak suça sürüklenmiş, ceza infaz kurumlarında bulunan 12-17 yaş aralığındaki tutuklu çocuk ve gençlerden elde edilmiştir.

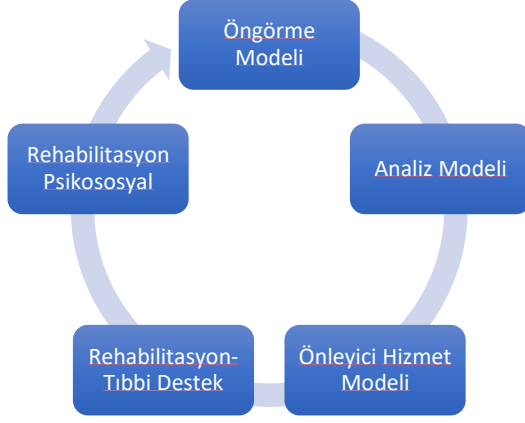
Grup 3; Test kümesi-2 olarak anılmaktadır. Bu kümenin bilgileri (matematiksel adı ile elemanları) kasten ve planlayarak suça sürüklenme gelişiminde olan, Gaziosmanpaşa ilçesinde yaşayan rastgele projeye dahil edilen 12-17 yaş aralığındaki çocuk ve gençlerden elde edilmiştir.

Algoritmanın temel amacı Grup 1'deki bireylerin hükümlü olmadan önce yürüdükleri yol haritası ile Grup 3'te bulunan Gaziosmanpaşa ilçesinde suç potansiyeli yüksek mahallelerde yaşayan çocuk ve gençlerin yol haritaları arasındaki benzerlik oranını kullanarak potansiyel oluşturma risklerini hesaplamaktır. Bu kapsamda benzerlik görülen yol haritasında ufak sapmalar yapmak için acil çıkış kapıları olarak tanımlanan önleyici hizmetlere dahil etmektir.



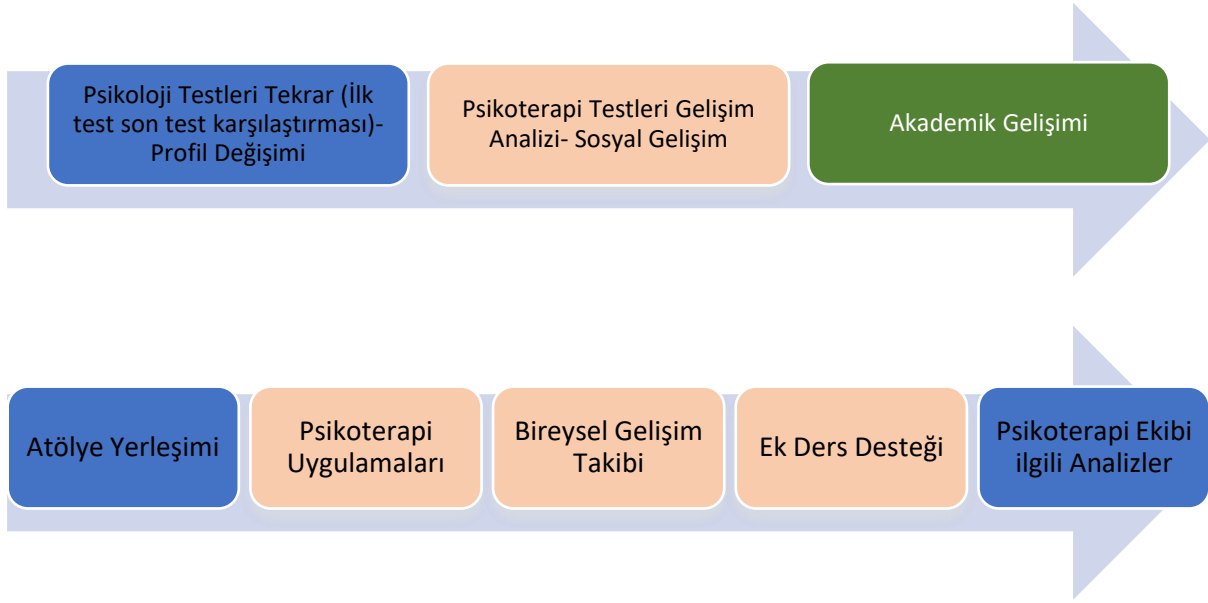
Şekil1: Psikoloji Ekibi Veri Toplama Araçları ve Kısıtları

Elde edilen veriler matematiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Model Grup 1 verilerini kullanılmasıyla kurulmuştur. Modelin güvenilirliği Grup 2 verileriyle test edilmiştir. Model Grup 3 üzerinde psikoterapi ekibi olarak Işık Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencilerinden oluşan ekip tarafından körleme yöntemle (giriş yapılıyor ancak sonuç ekrana veya ilgili psikoloğa raporlanmıyor) çalıştırılmış ancak sınıflandırma yapılmamış sadece önleyici hizmetler kapsamında kurulan rehabilitasyon amaçlı atölyelere yerleşim için kullanılmıştır.



Şekil 2: Proje Döngüsü

Atölye çalışmaları ve içerikleri çocuk ve ergenlerde görülen riskli davranışlar; aile, fiziksel çevre ve mahalle (mahalle popülasyonu, ilişki, akran ilişkileri, komşuluk ilişkileri, idol) koşulları ve eğitim ortamı olmak üzere 3 ana başlık altında yapılandırılmıştır. Model sonucunda Grup 1'deki verilerle 0,9 üzerinde benzerlik gösteren çocuklar proje süresince aileleriyle birlikte takip edilmiştir. Diğer ailelerle de deneyin manipüle olmasını engellemek amacıyla görüşmeler yapılmıştır. Ekipte çalışan uzmanların önyargılı olmalarını önlemek amacıyla elde edilen benzerlik analizi ve görüşme sonrası çıkan sonuçlar paylaşılmamış, tamamı çocuklar hakkında bireysel gözlemleriyle iletişim kurmuşlar ve her etkinlik sonrası rapor yazarak gelişim ve performans analizlerini sisteme girmişlerdir.



Şekil 3: Önleyici Hizmet Adımları

Atölye çalışmaları yaşlara göre, riskli davranış benzerlik oranı ve bireyin davranışı algılama tepki gösterme vb. parametreler göz önünde bulundurularak Beden Gelişimi Destekleyici Atölye Çalışmaları, Davranış ve Konsantrasyon Gelişimini Destekleyen Atölye Çalışmaları, Sosyal Gelişimi Destekleyen Atölye Çalışmaları başlıkları altında konusunda uzman ekipler ve destekleyici psikologlar, rol model olabilecek üniversite öğrencilerinin bulunduğu ekiplerle yapılmıştır.

- Beden Gelişimi Destekleyici Atölye Çalışmaları,
 - Kürek Atölyesi,
 - Su Hokeyi Atölyesi
- Davranış ve Konsantrasyon Gelişimini Destekleyen Atölye Çalışmaları
 - Jonglörük,
 - Okçuluk,
 - Beden Perküsyon,
 - Geri Dönüştürürüm Müziğimi Yaparım

- Sosyal Gelişimi Destekleyen Atölye Çalışmaları

- Peyzaj Atölyesi,

- Kuklamı Yapıyorum Hikayemi Yazıyorum.

Peyzaj atölyesi: Peyzaj etkinliğinde çocukların kendi hayal güçlerini kullanarak bir park tasarımları sağlanmaktadır. Çocuklar; çocukluklarının farkına vararak, kendilerinin de vakit geçirmek isteyebileceği bir park alanı tasarlamışlardır. Bu sayede fikirlerine değer verilen, yaşamak istedikleri oyun ve eğlence alanını tasarladıkları bir deneyim yaşama imkânı kazanmışlardır. Bu atölyenin bir fikri gerçeğe dönüştürme sürecinin dışında, birlikte proje üretebilme, somut bir çıktının parçası olabilme açısından önemli katkıları bulunmaktadır. Akranları ile uyum içinde hareket etmeyi keşfeden çocuk; hem kendisi hem de çevresindekiler için, yani üyesi olduğu toplumu düşünerek, üretebilme becerisini geliştirme imkanı bulmuştur.

Jonglörülük Atölyesi: Jonglörülük yaratıcılık, eğlence ve sporu bir araya getiren bir egzersiz türüdür. Bu atölye kapsamında yapılan egzersizler; aynı anda birçok duyu organının aktif bir şekilde çalışmasını ve fiziksel ve zihinsel koordinasyon becerisini gerektirmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde planlı ve düzenli bir şekilde yapılan egzersizler; kişideki dikkat, odaklanma, koordinasyon ve bedenini kontrollü bir şekilde yönetebilme yetkinliklerinin gelişmesini sağlamaktadır. Bu atölye ile çocuklara; yaşları gereği sürekli dışarı çıkmak istedikleri fiziksel ve zihinsel enerjilerini sağlıklı ve koordineli şekilde kullanma, okul ve derslerinde daha zinde bir zihin ve daha kolay konsantre olma becerileri kazanma imkânı bulmuşlardır.

Grafiti Atölyesi: Grafiti; kişilerin duygu ve düşüncelerini duvarlara yazdıkları yazılar veya yaptıkları çizimler aracılığıyla ifade etme olanağı sunmaktadır. Bu atölye ile çocukların hayatlarında yaşadıkları olumsuz deneyimleri, ifade etmekten bilinçli ya da bilinçsiz olarak kaçındıkları duygu ve düşüncelerini, kısaca kendi iç dünyalarını ifade etmeleri sağlanmıştır. Bu sayede açık havada, herhangi bir kısıtlama hissetmeden keyifli vakit geçirmenin sanatsal bir yolunu deneyimlemiş olmakta, kendilerini ifade etmenin verdiği özgüven ve benlik değerini deneyimlemelerine destek sağlanmaktadır.

Kürek Atölyesi: Kürek çekmek birçok takım sporu gibi kişiler arasında etkileşim ve iletişimi sağlamakta ve iş birliğini geliştirmektedir. Kürekçiler teknede bir bütün olmak zorundadırlar. Zamanlamanın çok önemli olduğu bir branş olan bu spor türü; takım arkadaşlarıyla ya-

pıcı bir şekilde sürekli iletişim halinde olma zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir. İletişim becerisini geliştirmeyi ve bireyin özgüveninin arttırmayı hedefleyen bu atölyenin en önemli özelliklerinden birisi de doğal anti-depresan özelliği göstermesidir. Düzenli kürek çeken bireylerde depresyon görülme oranı yok denecek kadar azdır. Sistemli ve düzenli yapılan kürek çekme faaliyeti endorfin, melatonin, dopamin gibi beyin dalgalarını düzenleyici ve mutluluk hormonlarını artırıcı bir role sahiptir. Bu atölye ile üç tarafı denizle çevrili İstanbul'da yaşayan dezavantajlı grupları arasında Haliç kıyılarının bu sporlara olan yatkınlığının ve su sporlarının farkındalığının sağlanmasına destek olunmuştur. Atölye kapsamında kurulan 9 kürek takımı haziran-temmuz-ağustos ve takip eden aylarda yapılacak İstanbul Kürek yarışlarına ardından Türkiye ve Uluslararası Kürek yarışlarına katılacaktır. Önceki projede kurulan takımla katılan bu yarışlarda çeşitli dereceler kazanılmış, hatta bir kızımız dünya kürek yarışlarında Dünya İkinciliği almıştır. Bir önceki projede atölyede eğitim alan çocuklarımız GENOM-ist projesinde eğitim vermekte ve onlar gibi projeye dahil olan arkadaşlarına destek olmaktadır. Genom-ist projesinde atölyeye dahil edilen çocuklarda önceki projede olduğu gibi bir bütün olarak hareket etmenin keyifli sonuçlarını deneyimleyeceklerdir.

Okçuluk: İnsanoğlunun avcılık günlerine dayanan, oku bir yay aracılığıyla hedefe göndermeyi amaçlayan spor dalıdır. 1904 Yaz Olimpiyatları'nda ilk defa olimpik programa alınmış, 1972'den beri aralıksız olarak programlarda yer almaktadır. Okçuluk atölyesi; görme engelli, farklı nedenlerden dolayı ayakta durmakta güçlük çeken, üst ekstremitte (kol) fonksiyon bozukluğu olan bireylerin dahi katılabileceği atölyedir. Burdaki temel amaç konsantrasyon, odaklanma ve en güçlü rakibin insanın kendisi olduğu motivasyonu verilmektedir. Çünkü, okçuluk hiçbir fiziksel engel tanımaz ve sporcunun tek rakibi kendisidir. Okçu, sadece önceki atışından daha iyisini yapmak üzerine odaklanır.

Beden Perküsyon: Endonezya şamanları, İspanya palmasları, Ütopya halkı, Amerika ve Kelt stepçiler gibi birçok kültür beden perküsyonunu kendi müzikleri içerisinde kullanmışlardır. Ancak beden perküsyonunun asıl gelişimi 1970 yılında Keith Terry sayesinde olmuştur; hiçbir spesifik kültüre dayanmayan ama bütün kültürlerin ritmik yapılarını bir arada kullanarak beden perküsyonunu günümüz haline getirmiştir. Beden Perküsyonunun müzik eğitiminde kullanılması ritim yapılarının vücut tarafından algılanması ve koordinasyonun gelişimi için gayet önem taşır. İnsan vücudun bir müzik aleti olarak kullanılması olgusu öğrenciye bir aracı alet kullanmadan direkt olarak müzikal bir deneyim verir, ritim, ölçü kavramının gelişimini ve öğrencinin ritmik sitilinin gelişimini sağlar, aynı zamanda eğlenceli bir uygulama olduğu için öğrencinin müzik derslerini öğrenimini kolaylaştırır. Aynı zamanda vücudun müziğin bir parçası

olması, farklı bir algıyla birey tarafından kullanılması ergenliğin getirdiği biyolojik değişim sırasındaki duyguların ve hislerin irdelenmesinde bireye objektif bir düşünce alanı yaratmaktadır. Vücudun kendine özel olduğu, belirli bölgelerin diğer kişiler tarafından dokunulmaması ve izlenmemesi gerekliliği bu atölye kapsamında özellikle vurgulanmaktadır.

Kuklamı Yapıyorum, Hikayemi Çiziyorum: Masal ve hikayeler aracılığı ile çocukların kendilerini ve ihtiyaçlarını ifade etmelerine yoğunlaşan bir atölye çalışmasıdır. Çocukların bilişsel ve sosyal becerilerini, duygu ve düşüncelerini gösterdikleri ile ortaya koymalarını amaçlar. Masallar ve masal kahramanlarının hayal güçlerindeki görüntülerinin kuklalara dönüştürülmesiyle çocuğun ortaya koyduğu masal dünyasına onunla birlikte girerek, çocuğun masal dilini konuşur. Atölye ve ona bağlı psikoterapi sürecinin sonunda çocukların yaşadıkları duygusal sıkıntıları gidermeleri ve sağlıklı gelişimlerine ulaşmaları hedeflenir.

Geri Dönüştürürüm, Müzik Yaparım: peyzaj atölyesi gibi vandalizimin önlenmesine yönelik bir çalışmadır. Önergenlik ve ergenlik dönemindeki çocuk ve gençlerde öfke kontrolü, doğal kaynakların korunması, çevre duyarlılığı, geri dönüşüm bilinci ve yaratıcılığın tetiklenmesi için tasarlanmıştır.

Önleyici hizmet atölyelerinden Jonglörülük atölyesi Kapalı Ceza İnfaz Kurumlarında da yapılmış, hükümlülere atölye süresince pozitif psikoterapi desteği verilmiştir.

3. Sonuç

Genomist Projesi tüm faaliyetleri ile çocukların ve gençlerin gelecek ile ilişkisinin güvenle kurulmasına, özgüveni yüksek nitelikli bir nesli İstanbul'da yetiştirilmesine destek olmasına katkı vermeyi hedefleyen proje mühendislik ve matematik bakış açısının “insan merkezli olaylarda” nasıl çalışabildiğinin önemli bir uygulaması olmuştur.

Çocuk ve gençlerde suç olgusuna değinen araştırmalar incelendiğinde psikoloji, psikiyatri, adli tıp, sosyoloji gibi farklı disiplinlerin, salt kendi perspektiflerinden ele aldığını göstermektedir. Mühendislik ve matematik bakış açısı; bu disiplinlerin elde ettiği faktörleri yani riskli ortamları hazırlayan birbirinden bağımsız olan değişkenleri tespit ederek, bunları bir denklemin değişkenleri şeklinde tanımlamaya olanak sağlamaktadır. Çocuğun iyi olma halinde önemli etkileri olan ana değişkenler; aile ortamı, çocuğun yaşadığı çevre ve eğitim süreci vb.

temel başlıklar altında derlenmiş, her bir temel başlık daha küçük faktörlere ayrılarak, bu faktörlerin temel başlık üzerindeki etkinlik yüzdeleri hesaplanmaya çalışılmıştır. Bu ağaç yapısına benzer matematik model, bir çocuğun hayatında suça sürüklenme hikayesini adım adım keşfetme imkânı sunmaktadır.

Bilim; hangi disiplin üzerinden üretilirse üretilsin insanlığın yararını esas almaktadır. Genomist Projesi; bilim üretme hevesiyle dolup taşan bir ekibin, pek çok yönden ilkleri denediği, araştırma ve keşfetme adına yeni ufuklar açmaya çalıştığı sürecin önemli bir başlangıcıdır. Bu başlangıç, projeye ve devamına gönül vermiş herkes için uzun, zor ancak bir o kadar da muazzam deneyimler barındıracaktır.

SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI ve ÇALIŞMALARI

Prof. Dr. Bülent Bayraktar

Yalnız Değilsiniz Derneği

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı

Prof. Dr. Bülent Bayraktar:

Öncelikle tüm katılımcıları ve takip edenleri saygı ile selamlamak isterim. İzniniz olursa zamanınızı çok almadan hem Yanındayız Derneği ile ilgili hem de spor alanında çocuk istismarının önlenmesi yönünde yaptığımız çalışmalar hakkında sizlere bilgi vermek isterim.

Bir süre önce toplum sorunları konusunda erkeklerin daha fazla emek vermesi gerektiğini düşünerek kadın hakları savunucusu lider bir hanımefendi ile birlikte bir grup erkek bir araya geldik ve toplumda erkeklerin bu konuda daha az duyarlı oldukları algısına ya da belki de gerçeğine karşı çalışmalar yapmak üzere bir platform oluşturduk. Bu çalışmalar sırasında hedefimiz daha çok, toplumsal cinsiyet eşitliği sorunları ile yaşadığımız toplumdaki erkekleri yüzleştirmek ve çözümü için biraz daha inisiyatif almalarını sağlamaktı. Ancak yolculuk sırasında fark ettik ki aslında birçok sorunun temelinde önemli bir pay erkeklere ait. Eğer erkekler olarak sorunu algılayıp çözüm sürecinin bir parçası olacak şekilde emek sarf edersek sorunların çözümünde daha hızlı yol alabileceğimizi gördük. Bu sebeple bir dernekleşme sürecine girdik. Bu dernekleşme sürecinde de adımız dahil her konuda nasıl davranacağımızla ilgili ciddi tartışmalar yaşadık. Bu konuda bizim en önemli mentörümüz hayatını kadın hakları davasına adanmış olan Nur Ger Hanımefendi idi. Nur Hanım'la birlikte önce küçük grup toplantıları halinde başlayan sonra alanda daha etkin olabilecek kendi sektöründe, kendi çalışma alanında önderlik yapması mümkün olabilecek erkekleri bir araya getirebilecek bir organizasyona dönüşebilir miyiz diye değerlendirdik. Sonunda içinde sanatçılar, köşe yazarları, düşünürler, yazarlar, akademisyenler, iş insanları bulunduğu 40 erkeğin bir araya geldiği ve bir kadınla birlikte birleşerek 41 kere maşallah dedirtecek bir derneği kurmaya karar verdik. Bu organizasyonda Nur Hanım'ı dernek başkanı olarak seçtik ve onunla birlikte yolculuğumuza başladık. Bu yolculuk sürecinde bize bu konuda büyük emek sarf etmiş kadınlar danışmanlık yaptı ve onlarla devamlı iletişim halinde bulunduk. Burada temel hedefimiz ve çalışma alanlarımız aslında toplumsal cinsiyet eşitliği merkezinde tüm toplumsal katmanları ilgilendiren sorunların çözümü ile ilgili katkı sağlamaya yönelik çalışmalardı. Bu çalışmaların içinde hiç kuşku yok ki kadına ve çocuğa olan şiddetin engellenmesi de en önde gelen konulardan birisi olarak duruyor. Geniş katılımlı güçlü bir ekiple hedeflerimizi net bir şekilde ortaya koyup bu hedefler doğrultusunda hareket ettik. Derneğimiz herkese açık, erkekler daha fazla olmak üzere hem kadın hem de erkeklerin üyeliğine açıktı. Arkadaşlarımızla birlikte hedeflerimiz şöyle; cinsiyet eşitsizliğini ortadan kaldırmak, kadına ve çocuğa yönelik şiddeti önlemek, kadının toplum içindeki rolünün daha iyi ifade edilmesini sağlamak, kadınların ekonomik özgürlüklerini sağlamak, eşit işe eşit ücret ve fırsat eşitliği konularında çalışmalar yapmaktır.

Çeşitli projelerimiz oldu. Projelerimizin bazıları şunlardır; ilçelerin toplumsal cinsiyet eşitliğine olan yatkınlıklarını saptamak, kurumların durumlarını belirtir endeksler oluşturmak, kişisel olarak duruma nasıl baktığımızla yüzleşmemizi sağlayan “Skorun Kaç” anketini uygulamak, bu anketle kişilerin toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda ne kadar bilgi sahibi olduklarını değerlendirmek ve gelişme için çeşitli eğitimler vermektir.

En önemli projelerimizden biri, berber dükkânı sohbet projesidir. Berber dükkânı sohbetleri nedir dersenez; olay şuradan kaynaklandı, biliyoruz ki erkeklerin filtresiz konuştukları en önemli mekanlardan bir tanesi berberlerdir. Bizim erkekler olarak berberlerde konuştuğumuz konuları toplumun çeşitli kesimleri ile üniversitelerle, şirketlerle, holdinglerle, ailelerle, toplumun çeşitli katmanlarındaki yapılarla ve sosyal sorumlulukla ilgilenen kurum ve kuruluşlarla birlikte organizasyonlar düzenleyerek Anadolu'yu dolaşıp onlarla bir araya gelip özellikle Yarıncı Derneği'nin ilgi alanı olan konularda hem farkındalık yaratmaya hem de kadın ve çocuğa yönelik şiddetin engellenmesi ile ilgili önce farkındalık sonra da bu süreçte nasıl rol alınabilir konusunda çalışmalar yapmaya gayret etmekteyiz.

Temel kurgumuz berber dükkânındaki en önemli parçalardan biri olan ayna üzerinden geliştirdiğimiz metaforla kişilerin düşüncelerine ve durumlarına ayna tutmak şeklinde oldu. Kişilerle interaktif bir şekilde etkileşimde bulunarak konu ile ilgili algılarını değerlendirmeye çalışıyor ve eğitimler vermeye devam ediyoruz. Pandemi döneminde bu çalışmalarımız halen elektronik ortamda devam etmektedir.

Konuşmak istediğim önemli diğer bir konu spor ve çocuk istismarıdır. Ben Spor Hekimliği Anabilim Dalı'nda çalışıyorum. Kendim de 11 yaşından beri spor yapıyorum ve diyorum ki spor alanı aslına bakarsanız istismar açısından çok korunaksız alanlardan biri. Kendi yaşadığım dönem içinde de fiziksel olarak, duygusal olarak çocukların çok ciddi istismara uğradığını gördüm, sonra da takım doktoru olarak, kulüp doktoru olarak önemli spor kulüplerinde ve Milli Takımlarda görev yaptığım süreçlerde de antrenörlerin çocuklara karşı tavırlarındaki durumu sezdim, değerlendirdim ve bunun engellenmesine yönelik çalışmalar yapılması gerektiğini düşündüm.

Sporda çocuk esenliği ve çocuk koruma programının kurulması ile ilgili bir girişimin parçası oldum. Bu konuda özellikle çocuklarımızın fiziksel ve duygusal istismardan uzaklaştırılması ile ilgili bir planlama içine girdim. Bu sürecin doğru şekilde işletilmesi ve Türkiye'nin bu

konuda yol almasına sebep olan iki insandan bahsetmek istiyorum. Biri Amerika Birleşik Devletleri'nde bu konu ile ilgili eğitim almış, daha sonra Türkiye'ye dönmüş olan Gülhan Gündüz Hanımefendi. Gülhan Hanım'la beraber çok ciddi çalışmalarımız oldu. Kendisinin bu konuda gerçekten çok büyük emeği bulunmaktadır. Gülhan Hanım'ın Amerika'da edindiği tecrübelerden yararlanmak amacıyla Galatasaray Kulübü teknik direktörü, Fatih Terim ile birlikte görüşmeler ve çalışmalar yaptık. Galatasaray Spor Kulübü'nde çocuk esenliği ve çocuk koruma programını geliştirdik. Bütün altyapıda yer alan çocuk sporcuların ve ailelerin eğitimlerine önem verdik. Ayrıca antrenörlere yönelik eğitimlerde kendilerinin normal olarak gördükleri bazı davranışların aslında çocukları olumsuz etkilediğini anlatarak kendilerini davranışları konusunda bu davranışların düzeltilmesi konusunda bilgi verdik beyanname hazırladık. Daha sonra Fatih Terim'in Milli Takıma geçmesi ve benim de federasyondaki görevlerim gereği Gülhan Hanım'la birlikte bu sefer de Federasyon'da bir süreç yöneterek sporda çocuk esenliği ve çocuk koruma programını Futbol Federasyonu içinde inşa ettik. Hiç kuşku yok ki Fatih Terim'in bu konuyu sahiplenmesi, medyada ve kurum içinde konuyla ilgili sürecin yüzü olması işlerin başarılı bir şekilde devam etmesinde çok önemli bir etki yarattı.

Spor alanı gerçekten korunaksız bir alan ve bu alanda özellikle gördüğüm, tespit ettiğim fiziksel ve duygusal istismarı önlemek üzerine çıktığım bu yolda öyle büyük cinsel istismarlarla karşılaştık ki bunu yönetmek, bunun doğru şekilde sevk ve idare edilmesini temin etmek istismara uğrayan çocukların zarar görmeden bunu yapanların ceza almasını temin etmek üzere kolluk kuvvetleri ile ciddi ilişkiler içine girmek gerekti. Spor yöneticileri ve antrenörler toplumda çok popüler kişiler olduğu için bu çalışmalarımız hiç kolay olmadı. Bu kulüplerin hepsi profesyonel kulüpler oldukları için özellikle çocuk sporcuların bulunduğu al yapılarında ve futbol akademilerinde çocuk esenliği ve çocuk koruma programı konusunda eğitim almış bir kişiyi çalıştırmak zorunluluğu getirdik. Ayrıca bu projemizde kulüplerde görev alan sağlık çalışanları; doktor, masör, fizyoterapist, beslenme uzmanlarına çocuk koruma konusunda nasıl davranmaları gerektiğiyle ilgili bilgilendirilip, farkındalık yaratılmaktadır.

Avrupa'daki ülkelerin futbol federasyonlarının bağlı bulunduğu UEFA yani futbolun Avrupa Federasyonu'na bağlı ülkelere sadece 3 ülke çocuk koruma programı yapmıştı ve bu ülkelere bir tanesi de bizdik. Şimdi UEFA bizi de örnek göstererek tüm ülkelere kendi ülke içindeki çocuk koruma programlarını kurmaları ile ilgili talepte bulundu. Bu bizim için hem gurur vesilesi olurken bir taraftan da kendimizi daha da geliştirmek için bir motivasyon kaynağı oldu. Umarım önümüzdeki dönemlerde hep birlikte çok daha iyi işlere imza atabiliriz.

Bu çok değerli ve özel toplantı için başta Ayşe Kılıç hocamız olmak üzere emeği geçen ve katkı sağlayan herkese şükranlarımızı ve teşekkürlerimizi sunuyorum. Bu toplantının bir parçası olmamızı sağlayan nazik davetiniz için teşekkür ediyorum. Daha iyi ve daha mutlu bir toplum için tüm kurum ve kuruluşların ahenk ile çalıştığı bir gelecek temenni ediyorum, saygılar sunuyorum.

Eyüp Coşkun

Genç Gönüllüler Derneği

Eyüp Coşkun:

Herkese merhabalar. 2004 yılından beri faaliyette olan bir derneğiz biz, İstanbul'da faaliyette bulunuyoruz. 46 tane şehirde de aktif olarak faaliyetlerimizi yürütülüyor. Dernek çocuk hakları, çocuk istismarı ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi çerçevesinde özellikle kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları ile faaliyetler yürütüyor. Derneğimiz 2014 yılında Hollanda Kraliyeti'nin vermiş olduğu bir hibe programından da yararlanarak Çocuk Hakları Seksek Oyunu diye bir oyun geliştirdik. Bunu Google'dan ara arattığınızda YouTube'ta aradığınızda birçok videoya ulaşırsınız.

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde bulunan 57 hak maddesinin 15 tanesi bu oyun halısı üzerinde işleniyor 40 dakikalık bir ders saati içerisinde çocuklar haklarını öğreniyorlar, fiziksel aktivitede bulunuyorlar gibi birçok kazanımı olan bir oyunumuz var.

Biraz da Türkiye'deki sivil toplum kuruluşlarının kapasitesinden bahsetmek istiyorum. Biz geçtiğimiz yıl özellikle çocuk hakları alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarına bir çağrıda bulunduk. Bu süreci de Avrupa Birliği destekledi bu arada. Türkiye genelindeki sivil toplum kuruluşlarından 300 başvuru aldık. Başvuru sürecinde bir form oluşturduk Google Form ve insanlara şunu sorduk; siz çocuk hakları alanında kendinizi ne kadar yeterli hissediyorsunuz, bu alanda eğitimler aldınız mı diye bir soru var. Barolardan dahi başvuru almamıza rağmen bu 300 başvurudan sadece 8 tanesi kendisine çocuk hakları alanında yeterli hissettiğini belirtti yani bu çok kötü bir durum bizim özellikle sivil toplum camiası adına. Alanda çalışan sivil toplum kuruluşlarının ciddi yetersizliklerini gözlemlemiş oluyoruz böyle bir durumda.

Biz Genç Gönüllüler Derneği olarak özellikle dernekleri çocuk hakları alanında geliştirilmesine katkıda sağlayacak programlar gerçekleştirme çabası içerisine girdik. Bu son dönemde covid-19 döneminde de özellikle okullarda faaliyet yürüten sivil toplum kuruluşlarının çocuklara yönelik almış oldukları tedbirlere yönelik bir video da oluşturduk. Bu sürece ciddi anlamda katkı sağlayan kuruluşlar oldu.

Biz şu son bir yıldır da özellikle çocuk hakları alanında faaliyet yürüten sivil toplum kuruluşlarının ihtiyaçlarını belirleme noktasında bir ağ kurma toplantısı gerçekleştirdik.

Bizi rahatsız eden bazı hususlar da var öte yandan. Kamu sivil toplum kuruluşu iş birliğini belki bazı noktalarda sağlayabiliyorsunuz bazı yerlerde sağlayamıyorsunuz ama diğer taraftan da bakanlıklar düzeyinde bir politikayı etkilemek istediğiniz zaman ilgili kurumlar sizi görmüyor. Yani burada sivil toplum kuruluşları zaten dediğim gibi kapasite yönünden bir oy kaygımız

olmadığı için, üye sayısını arttırmak gibi bir derdimiz olmadığı için daha çok işlerimizi günlük kotaracak kadar gönüllü aldığımız için kamu bizi fark etmeyebiliyor ya da fark etmek istemiyor diyebiliriz. Bu yüzden bizim şu anda en büyük arzumuz ya da sivil toplum kuruluşlarının çocuk hakları alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarının en büyük sorunu bir arada çalışmıyor olması. Bir üst kuruluşun olmaması. Genelde baktığımız zaman sivil toplum kuruluşları sadece proje bazlı bir araya geliyor ama politikaları etkileme noktasında birbirlerinden çok güç almıyorlar. Bu sebeple biz Genç Gönüllüler Derneği olarak işin başını çektiğiniz bir Çocuk Hakları Federasyonu oluşturulması yönünde bir faaliyete girdik. Yaklaşık bir, bir buçuk yıldan beri bu alanda bir sekreteryaya yürütüyoruz. Yaklaşık 10 tane sivil toplum kuruluşu ile aktif olarak çalışıyoruz. Şimdi bu federasyonun tüzüğü hazırlanması ile ilgili birtakım faaliyetlerimiz var.

Belirtmek istediğim bu çalışmanın yanı sıra, aslında paylaşmak istediğim bazı belgelerde var bunları daha sonra Ayşe hocamla da paylaşmış olurum, yani yıllık bir takım stratejik planlar oluşturmamız gerekiyor. 1 yıllık 5 yıllık 10 yıllık. İhtiyaçlar ile beraber mevcut durumları da bizim analiz ettiğimiz bir doküman hazırladık 3 sayfalık bir doküman. Paydaşların kim olması gerektiği ile ilgili güzel liste oluşturduk. Amaçlarımızı belirledik biz bu kuruluşlarla beraber ve 10 yıl içerisinde yapabileceğimiz çalışmalar ile ilgili bir faaliyet dizisi oluşturduk.

Tabii bu çalışmaları yaparken bütçe ihtiyacımız da var. Benim birçok çalışmam da var sivil toplum kuruluşları ile ilgili, hibe programlarından ciddi anlamda yararlandım. Yaklaşık 15-16 yıldan beri 50'den fazla kez Avrupa Birliği ve çeşitli büyükelçiliklerin fonlarından yararlanmış oldum. Bu bilgileri tabii sivil toplum kuruluşlarıyla ve kamu kurumları ile paylaşmaya özen gösteriyorum Türkiye genelinde. Yani hibe programlarından yararlanıp çocuk hakları için daha iyi şeyler yapabileceğimizi düşünüyoruz.

Sormak istediğiniz şeyler varsa cevaplayabilirim. Yani anlatılacak çok şey var ama özellikle bu programın çocuklarla bizim gibi çalışan çocuk hakları alanında çocuk istismarı alanında kuruluşlara yol gösterecektir diye düşünüyorum. Bir doküman oluşacaktır mesela o dokümanın daha iyi Türkiye genelinde 50'den fazla çocuk izlem merkezinin olduğunu az önce bir hocamız söyledi. Buradaki çıktıları belki biraz daha revize edip onlara da aktarabiliriz yani bu nokta da belki yine hibe programlarından yararlanıp birtakım dokümanlar kılavuzlar oluşturabiliriz.

Benim şimdilik söyleyeceklerim bu kadar. Yani çok aktif bir şekilde çalışıyoruz ama biraz daha göstermeden çalışmamız gerekiyor. Çocuk Hakları Seksek Oyunu ile ilgili yaptığımız çalışmalarda daha önceden çocukları oldukça gösteriyorduk. Şu kadar çocuğa ulaştık 50 bin

çocuğa ulaştık diye. Çocukların fotoğrafları ile beraber yayınlıyorduk. Demek ki bizim kapasitemizde de biraz eksiklik var ki... Sonradan bunun çok doğru olmadığını fark ettik. Artık daha gizli bir şekilde yapıyoruz. Okullarda yaptığımız faaliyetlere sadece okul içerisinde duyuruyoruz.

Nadire Erman Özcan

Kız Çocuklarını Koruma Derneği

Nadire Erman Özcan:

Sayın Katılımcılar, Sevgili Dinleyiciler

Kız Çocuklarını Koruma Derneği Yönetim Kurulu Başkanı olarak yönetimimizdeki on bir arkadaşım adına söz almış bulunmaktayım.

Bugün burada travmalı, istismar mağduru kızlarımıza, gönüllü bir kuruluş olan derneğimiz çatısı altında nasıl dokunduğumuzu, nasıl yaralarını iyileştirip sosyal hayata uyum sağlayacakları konularda yardım ettiğimizi ve edeceğimizi konuşacağız.

22 Haziran 1983 yılından bugüne kadar değişen sosyo-ekonomik şartlar doğrultusunda koruma altına alınmış kızlarımızla çok hassas çalışmalar yapıldı. Çalışmalarımız yoğunluğu artarak her şartta devam etmektedir. Koruma altına alınmış bir çocuğun ihtiyacı, ona yeme, içme, barınma gibi temel ihtiyaçları sağlamaktan daha çok ona güven vermek, koşulsuz sevmek ve en önemlisi bunları devamlılık halinde sürdürmektir. Bizler bunların çok önemli olduğunun bilinciyle hareket etmekteyiz. Devlet Yurdunda koruma altındaki çocuklarla kurduğumuz iletişim, gerek çocuklarımızın yurttan ayrılmalarından sonra, gerek üniversite eğitimlerinde, gerekse de eğitim sonrasında işe başlama ve sosyal hayatı destekleme gibi süreçlerinde yanlarında olup desteklemekle sürecin uzadığı bir çalışma basamağına dönüşmektedir.

Bugün burada destek verdiğimiz çocuklar ile çalışma şekil ve alanlarımızdan bahsederek bilgi vermek isterim. Bu çocuklarımızdan R.A. anne ve babası olmayan bir çocuğumuzdu. Anne, teyze ve dayı şizofrendi. Koruma altına alınma sebebi fiziksel şiddettir. Şizofren dayı tarafından fiziksel travmaya maruz kalıyorken rehber öğretmenin iyi bir gözlemci olması R.A. ile yollarımızı kız yetiştirme yurdunda kesiştirdi. Çocuk üzerindeki ilk gözlemlerimiz fiziksel temasta çekinmesi, göz teması kurmaması, zamansız aşırı gülme krizleri idi. Güven eksikliğinden fazlaca sohbete katılmıyordu. Kurumdaki R.A.'dan sorumlu öğretmen ve Derneğimizin istikrarlı çalışmaları sonucunda, çocuk yavaş yavaş açılmaya ve paylaşımlara başladı. Kaldığı yurdun dışında da birlikte yaptığımız sosyal geziler, okuduğu okulunda bizlerin aktif şekilde rol alması, uzun süren ısrarlı sohbetler ve bu işlerin süreklilik kazanması ile lise 2. sınıfta tanıdığımız R.A. lise 4. sınıfın başlarında iletişim ve paylaşımı iyi ve sosyal çevresi gelişmiş ve kazanılmış bir kızımız duruma gelmişti. Ara ara dalıp gitmelerini olayları geç kavramasını ve çabuk alınma gibi durumlarını onun travmasına bağlıyorduk. Sonradan ailesinden gelen genetik bir psikiyatrik hastalığı olduğunu öğrenecektik.

R. A.'nın yaşlı bir anneanesi vardı. Ailesinden tek olumlu ilişki kurduğu anneanesiydi. Anneanesini çok sevmesine rağmen her ev iznine gittiğinde yurda psikolojisi bozulmuş olarak geri dönüyordu. Bu ruh halinde, derneğin desteklemesiyle üniversite için dershaneye giderek, özel ders alarak hazırlandı. 2 senelik özel bir üniversite kazanan R.A yurttan ayrıldıktan sonra da dernek tarafından desteklenerek üniversite eğitim parası karşılandı ayrıca aylık burs bağlandı. Dernek eğitim komisyonunun görevlendirdiği mentörünün denetimi ile ilişkimiz devam etti. Düzenli olarak her ay çocuk hakkında bilgi ve gelişimler takip edildi. Ne yazık ki çocuğumuz ikinci senenin başında rahatsızlandı, hastaneye yatarak şizofreni tedavisi görmek zorunda kaldı. Bu dönemde de dernek olarak ihtiyaçlarını karşıladık. Düzenli olarak ziyaretine gittik. Sahiplenmek ve desteklemenin sonuçlarını çocuğumuzun kısa bir dönem sonunda hastaneden taburcu olması ile gördük. Sonrasında sağlık kontrolleri ile birlikte okulunun kalan kısmını tamamlayarak üniversiteden mezun oldu. Devletimizin ona tanımış olduğu memuriyet hakkından üniversiteli olarak yararlanması için başvurularını birlikte yaptık. Şu anda devlet memuru olması için yasal sürenin tamamlanmasını beklemektedir. Sosyal hayatında nişan, nikah ve düğün törenlerinde maddi ve manevi olarak destekledik. Yaşadıklarını, gerektiği kadarıyla hayatını sürdüreceği kişiye açıklamasında yol gösterdik. Şu anda evli, problemlerini bizimle paylaşmaya devam etmektedir. Bu çocuğumuz üzerinden vermiş olduğumuz örnekte görüldüğü üzere, derneğimiz sevgi, güven içerisinde verdiği desteği çeşitlendirerek bunun gibi birçok çocuğa yapmaktadır. En önemlisi derneğimizin amaçlarından biri olan koruma altında ve ihtiyacı olan tüm çocuklarımızın ihtiyaç anlarında güvenerek başvurabilecekleri bir yer olmasıdır. Derneğimiz çalışmalarını kesintisiz devam ettirerek bu çocuklarımızın ihtiyaçlarını değerli üye ve gönüllüleri ile karşılamak için her daim hazırdır.

Gönüllü olarak çalışmanın manevi yoğunluğu içinde travmalı çocuklara destek verirken, karşılaşılan çeşitli konularda daha etkin ve faydalı olabilmek için bir yandan da öğrenmeye devam etmemizin gerekliliği bir gerçektir. Bu nedenle, düzenli olarak hizmet içi programlarla edinilen deneyimlerin aktarılmasını sağlayarak bilgilerimizi yenilemekte, ekibimizi geliştirmekteyiz.

Çalışma konumuz çocuk ve onun geleceği olduğu bilinciyle hareket ederek çocukların travmalarına dokunmadan, stresleri ile başa çıkmalarını sağlayacak destek rehabilitasyon çalışmalarına katkıda bulunuyoruz. Kurumlardaki yöneticilerle ortaklaşa yapılan projelerin çocuklar üzerindeki olumlu etkilerini gözlemliyoruz. Onlar için müzik, resim ve eliş gibi atölyelere destek vererek rehabilitasyonlarına katkıda bulunuyoruz. Önem sırasının en başında eğitimin ol-

ması gerektiğinin farkındayız. Travma ve istismar sebeplerinin derecesine göre Koruma altındaki çocukların, eğitimlerini önemsemelerine ve hayata tutunabilmelerine yönelik istek ve algılarını artırmaya çalışıyoruz. Okuyan çocuklarımıza mentörlük desteği ve eğitim süreçlerindeki çalışmalarımız derneğimizin ana faaliyetlerindedir. Devletimizin uygun gördüğü konu, proje ve taleplerde maddi ve manevi katkı sağlayarak çocuklarımız için güç birliğinde bulunmaktayız.

Çok yönlü çalışmalarımız çocuklarımıza doğru dokunmamızı sağlarken güven duyabilecekleri kişilerin olduğunu görmek onların hayatını pozitif yönde etkilemektedir. Zaman içerisinde çocukların bizleri teyze, abla gibi benimseyerek ilişkiyi sürdürmek istemesi de çalışmaların doğru yolda olduğunu göstermektedir. Ayaklarının üstünde durmaya başlayan çocuklarımızın büyük bir kısmının bugün dernek çalışmalarına katkıda bulunarak amaçlarımız için bizimle beraber yürümeye başlamaları gurur vericidir. Öyle ki gelir elde etmeye başlamış kızlarımızın “kız kardeşlerime” diyerek yaptıkları bağışlar kasamızı çok daha bereketlendirmektedir. Bizlere nasip olan bu çalışmalara gönlü olan, gönülde olan herkesi bekler, teşekkür ederiz.

Biz kocaman bir aileyiz.

Kız Çocuklarını Koruma Derneği Başkanı

Nadire Özcan

Filiz Şen Erdoğan
Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfı

Filiz Şen Erdoğan:

Ben çok uzatmayacağım sadece merhaba demek istedim biraz vakfı anlatmak istedim neler yapıyoruz diye. Eğitim Gönüllüleri Vakfı olarak ben Anadolu Hisarı İpek Kıraç Öğrenim Birimi yöneticisiyim. TEGV’de 21 yıldır çalışıyorum, üç bölge deđiŐtirdim. Bu yüzden hani ocuk haklarının ne kadar önemli olduğunu bir kez daha sizden dinleyip eğitim programlarımızı da çocuklarla buluŐturuyoruz bu arada, çok önemli.

Bizim amacımız cumhuriyetin temel ilke ve değerlerine bağlı, akılcı, sağduyulu, özgüven sahibi, farklı inançlara saygılı, insan iliŐkilerinde cinsiyet, ırk, din, dil farkı gözetmeyen bireylerin yetişmesinde katkıda bulunan bir vakıf. Türkiye’de 72 noktada ve 136 tane personel ile devam ediyoruz Şu an.

Bize de daha çok hani hoŐuma giden nokta projeler falan olursa bize çocuklarımızla beraber ortak devam edebiliriz. Kendi kısa sürede etkinlik programlarımız var. Her gelen çocuğa ocuk hakları ile ilgili eğitim programlarımızı uyguluyoruz, veriyoruz, tanıtmaya çalışıyoruz ama bunun dışında farklı projeler gelirse biz de her zaman bu projeleri uygulamaya hazırız.

Çok teşekkür ederim emeğinize sağlık, sevgiler.

Op. Dr. Petek Feriha Arıoğlu
Başlangıç Derneği

Op. Dr. Petek Feriha Arıoğlu:

Sözlerime başlarken derneğimizi biraz tanıtmak istiyorum.

Biz İstanbul Tıp Fakóltesi 1993 mezunlarından kaynağını alan bir derneğiz. Başı çeken Berna Hocoaođlu, Menekşe Alpay; Berna Hocoaođlu enfeksiyon hastalıkları uzmanı, Menekşe Alpay psikiyatri uzmanı kendisi Amerika'da Boston'da yaşıyor. Ben de kadın hastalıkları ve doğum uzmanıyım ve özel yan dalımda perinatoloji yüksek riskli gebelikler ile ilgili.

Ben de bu işin içerisine şu şekilde girdim; ergen gebeliklerde oluşan komplikasyonlar, bu çocukların hem fiziksel hem ruhsal gelişimlerine olan etkileri konusunda işin içinde buldum kendimi. Derneğimizin kurulma aşamasında Türkiye'de istismarcısı ile evlenirse istismar edenin affedilmesi ile ilgili bir yasa konuşuluyordu. Biz bu çocuklar için neler yapabiliriz diye düşünmeye başladık ve bu amaçla çalışmalarımıza başladık. Menekşe, bunun çok ağır bir travma olduğunu, travmanın hayatını ilerleyen safhalarında insanları nasıl etkilediği ve bunun kronik bir hastalık haline döndüğü, birçok hastalığın sebebi de olduğu, bağımlılıktan, depresyondan ve birçok esasında fiziksel hastalığın da temelini oluşturduğunu anlattı. Buna esasında multidisipliner bir yaklaşımla tedavi sağlanması gerektiğini, bunun için merkezler kurulması gerektiğini, Türkiye'de bu konunun eksikliğinin yaşıandığını söyledi. Biz de bunun üzerine geniş kapsamlı bir çalışmaya başladık. Uzun bir ismimiz oldu; Uluslararası Travmadan Koruma ve Tedavi ile Yeni Başlangıçlar Derneği. Biz kısaca kendimize Başlangıç Derneği diyoruz çünkü burada amacımız bu travmatik süreçlerden geçtikten sonra insanların rehabilitasyonla yardım ederek hayata yeniden başlamalarına ön ayak olmak, onlara yardımcı ve destek olmak.

Travma; kişiyi aşırı korkutan, dehşet içinde bırakan, çaresizlik yaratan, çoğu kez olağandışı ve beklenmedik olayların yol açtığı etkiler olarak tanımlayabiliriz. Bu, kişinin kendisinin başına gelebilir veya başkasının başına geldiğine tanık olabilir. Ancak her travma, travma sonrası stres bozukluğuna yol açmıyor. Bu esasında kişinin direncine, dayanıklılığına ve esnekliğine bağlı. İngilizcede bu *resilience* diye bir terminoloji ile ifade ediliyor ancak Türkçede tam bir karşılığı yok. Ben bunu dayanıklılık ve esneklik olarak ifade ediyorum.

Tabi ki bu travmanın şiddeti ve süresi ve psikolojik etkileri arasında doğrudan ilişki var. Bu travma ne kadar erken yaşta, ne kadar ağır bir travma, ne kadar uzun süreli olursa bunun psikolojik etkileri de o kadar fazla oluyor. Psikolojinin popüler konulardan bir tanesi anne bebek bağlanmasıdır.

Travma sonrası stres bozukluğu ise esasında bu travmanın defalarca kişinin kendi aklında yaşanmasıyla ilgili belirtilerin ortaya çıkması oluyor ve bu süreç çözümlenmeden de bu hastalıktan kurtulunamıyor. Hatta bu ömür boyu süren kronik bir hastalık haline gelebiliyorlar. Peki biz bu psikolojik travmada acaba nasıl bir yaklaşımla insanı ve bütün toplumu koruyabiliriz? Bunun için küçük yaştan itibaren değerler, farkındalık ve dayanıklılık eğitiminin verilmesi gerekli. İyi işleyen, çağdaş ve demokratik bir adalet sisteminin olması gerekir ki kişi küçük yaştan itibaren kendini güvende hissetsin. Sosyal devlet anlayışı ile kaliteli ve eşit sağlık hizmetinin sağlanması, yoksullukla mücadele etmek için de adil bir gelir dağılımının olması gerekir. Türkiye’de bu alanlarda bence daha yapılması gereken çok şey var. Koruyucu yaklaşım en etkili ve en ucuz tedavi yöntemi. Onun için bu konuya daha çok eğilmemiz gerektiğini düşünüyorum.

Erken tanı alanında ben Türkiye’de çok iyi şeylerin yapıldığını düşünüyorum ve zaten bunun örneklerini bu kurs içerisindeki sunumlarda da gördük. Hakikaten kolluk kuvvetleri bu konuda artık çok daha etkili ve ilkel bir yaklaşım sunuyor.

Esasında hukuki sistem bununla ilgili çok güzel bir yapılanma oluşturmuş durumda, bunun daha işler hâle getirilmesi gerekiyor.

Medya zaten bu konuya oldukça hassas. Bir konuda birazcık daha çalışmamız gerekiyor, erken tanı için ihbar konusunda her alanda insanların bu durumu tanıyıp bunu haber vermesi gerekiyor.

Tedavi konusunda ise çok eksikimiz olduğunu düşünüyorum. Özellikle istismar sonucu oluşan komorbiditelerinin değerlendirilmesi ve tedavisi için çalışmalara ihtiyaç var.

Sonunda bizim için önemli olan bu kişilerin hayata yeniden başlaması için destek sistemlerinin kurulmasının gerekliliğine karar verdik.

Bu şekilde derneğimizde bir strateji oluşturduk. psikolojik travma mağduru insanların ve grupların tespit edilmesi, bu insanların psikolojik travmanın terapisi için bilimsel temeli sağlam standardize ve yeniliklerle evrilen sistemleri olan merkezlere yönlendirilmesine, böyle merkezler yok ise dünyadaki iyi uygulamaların araştırılması, yerel kaynakların belirlenmesi, bu merkezlerin kurulması için çalışmayı hedefledik.

Yine koruyucu açıdan psikolojik travma riski yüksek insanların ve grupların tespit edilmesi. Bu insanların travmaya dayanıklılığını arttırmak için koruyucu tedavilere yönlendirilmesi konusunda çalışmalar gerekmektedir.

Bundan sonra kendi alanımla ilgili bazı önemli noktaları paylaşmak isterim. Ergen gebeler konusunda Türkiye'de sıkıntılar devam etmektedir. Özellikle demografinin değişmesi, aramıza birçok mültecinin katılması ile beraber daha da büyük bir sorun haline geldi. Şunu anlamak gerekir ki ergenlik zaten insan hayatının çok zor bir dönemi, hem fiziksel gelişim açısından hem ruhsal gelişim açısından stresin ve enerjisinin yüksek olduğu bir dönem. Buna bir de gebelik yükü eklendiğinde sistem büyük bir engelle çarpmış oluyor ve bu dönemdeki gebelikler mutlaka uzun vadede hem annenin hem de bebeğin travmatize olmasına yol açıyor. Ne yazık ki bu gebelikler aynı zamanda sıklıkla bir istismarın sonucu oluyorlar. Birçok gebelik komplikasyonları var ve ergenlikte hem fiziksel hem de ruhsal komplikasyonlar var. Hem anne hem bebek için bu geçerli. Peki biz bunlar için acaba ne gibi bir koruyucu yaklaşım sunabiliriz diye düşündüğümüzde burada genç kızların ve erkeklerin kendi yapılarıyla, gebelikle ilgili çağdaş bir eğitim almaları ve yoksulluk ile mücadele edilmesi gerekir çünkü bu erken yaştaki evliliklerin ve kötüye kullanımların önüne geçebilecek en önemli olaylardan bir tanesi. Bu konuda toplumsal duyarlılığın artırılması, cinselliğin ve özellikle kadın cinselliğinin utanç kaynağı olması değerini sorgulanmasıdır. 18 yaş altı evliliklerin kanunen mümkün olmaması ve saldırgan ve kurban hangi yaşta ve cinste olursa olsun, akli dengesi olmayan veya baskı altında olmaksızın onamı olmayan ile zorla cinsellik yaşayan kişilerin afişe edilmesi ve hafifletilmeden cezalandırılması gerekir.

Bunun yönetiminde fiziksel ve ruhsal gelişimini tamamlamamış çocuklarda istenmeyen gebeliğin annenin ve bebeğin hem fiziksel hem de ruhsal ağır mağduriyetine sebep olduğu bilimsel olarak bilinmektedir. Deneyimlerimize göre bu travmayı ruhsal veya fiziksel olarak tamamen atlatan kişi ya hiç yoktur ya da çok azdır. 2 yaşın altında gebe kalınmış ise konunun gerçekten çok ciddi fiziksel ve ruhsal etkilere neden olacağını hatırlatmak isterim. Dünya sağlık örgütü verilerine göre 15-19 yaş kadınların dünyada bir numaralı ölüm sebebi anneliktir. 19 yaş altı evli ve veya gebe olan kadınların şiddete maruz kalma riskleri artmıştır. Dolayısıyla bunların önlenmesi ve bu kişilerin çok yakın bir şekilde tedavi edilmeleri ve desteklenmeleri çok önemlidir. Sonuç olarak bu kadınlar mutlaka hem evde gebelikleri sürecinde hem de daha sonra annelikleri sürecinde düzenli olarak destek almalıdırlar.

Gürkan Kap
Bilinçli Aile Mutlu Çocuk Derneği

Gürkan Kap:

Öncelikle Prof. Dr. Ayşe Kılıç hocamıza ve düzenleme kuruluna çok teşekkür ederim. Üç senedir multidisipliner yaklaşımla düzenlenen çalışmalarınızda ben de bulunuyorum. Gerçekten her biri birbirinden değerli ve birbirinden güzel paylaşımlar oluyor. Güzel şeyler öğreniyoruz. Yani çocuklarla ilgili yaptığımız çalışmalarda gerçekten kılavuz ve rehber niteliğinde oluyor bu paylaşımlar. Sizlerle birlikte multidisipliner yaklaşımın faydasını görmek büyük bir keyif veriyor. Biz de tiyatro gibi bir sanatsal çalışma ile bunun bir parçası olmaya çalışıyoruz.

Bizim çıkış noktamız çocuklar için tiyatro ile mahremiyet eğitimi oldu. Buradaki temel amacımızda toplumsal farkındalığı ve toplum içerisindeki bilinci artırmak üzerineydi. Bu konuda bir materyal oluşturduk. Aslında biz bir tiyatro olarak görmüyoruz bu projeyi, bir eğitim materyali olarak görüyoruz. Eğitim kökenli olduğum için de gerçekten hem kendi gözümle hem de aldığımız geri bildirimler ile başarılı bir materyal olarak görüyoruz.

Şu ana kadar çeşitli devlet kurumları ve STK'larla yaptığımız iş birliğiyle pandemi öncesinde toplamda 23 gösterim gerçekleştirdik ve yaklaşık 9000 izleyici ile buluştuk. Bu izleyicilerimiz hem anne ve babalar hem de çocuklardı. Tabii şöyle bir şanssızlığımız oldu; bu 23 gösterimin sadece Ocak ve Şubat ayında 8 gösterim yaptık, sonrasında pandemi çalışmalarımızı durma noktasına getirdi. O günden bu bugüne etkinliklerimizi gerçekleştiremiyoruz.

Oluşturduğumuz eğitim materyalinin belli başlı avantajları var. Bu avantajları ile ilgili biz yaptığımız çalışmalarda gerçekten anne babalardan ve uzmanlardan çok güzel geri bildirimler aldık. Buradaki en önemli nokta şu, aktardığımız konu çok hassas bir konu. Yani çocuklarda mahremiyet eğitimi olgusu üzerinden giden ve ihmal istismar ile mücadelede çok önemli bir faktör olan konu. Bizim etkinliğimizde ebeveyn ve çocuğun bir arada olması önemli bir detay çünkü çocuğa aktardığımız konularla ilgili anne ve babanın da bu fark ediş içerisinde olması, farkındalığın artması ve çocuğuyla doğru iletişim kurması bizim için oldukça önemli.

Çocuklar için etkin bir modelleme oluşturmaya çalıştık bu tiyatro oyununda. Çünkü çocuklar canlı bir performans izliyor, oradaki kahramanlarla bir empati oluşturuyor. Bu empati üzerinden kendi hayatlarına bir modelleme oluşturuyorlar. Bu modellemenin içerisinde eğlenerek öğrenme var. Yani çocuğun eğitim içerisinde en çok odağını arttıran bir detay. Çocuk eğlenecek ki etkinliğin içerisine girsin ve oradaki bilgileri o tazecik bomboş hafızasına alabilsin. Ebeveynle çocuk bir arada olduğunu belirtmişim. Buradaki en önemli faktörlerden bir diğeri aile çocuğunu gözlemliyor. Yani biz bu bilgileri bu etkinliği düzenlerken aynı zamanda aile

çocuğunu takip ediyor. Etkin planlanmış bir öğrenme metodu içerisinde anne ve babanın oluşacak eksikliği gidermesi bizim için önemli. Başta Ayşe hocam, Nusret hocam olmak üzere birçok hocamızdan düşünce ve önerilerini alarak şekillendirdik bu etkinliği. Nihayetinde karşımızda bir çocuk var ve bilginin bu çocuğa doğru ulaşması çok önemli.

Ayrıca çocukların dijitalleşen dünyamızda sosyalleştiği, kahkahalarla güldüğü bir ortamda ve toplumsal farkındalığı arttırmak üzere bir model oluşturduk. Bunların hepsi bir araya geldiğinde günümüzün ciddi bir kanayan yarası olan mahremiyet eğitimi konusu ile ilgili ciddi bir aşama ve yol kat ettiğimizi geri bildirimlerle aldık. Aldığımız geri bildirimler içerisinde şunları çok net gördük; toplum kültürel ve eğitsel olarak hangi seviyede olursa olsun gerçekten bu farkındalığa ihtiyaç duyuyor. Yani bir üniversite mezunu anne babanın da buna ihtiyaç duyduğuna şahitlik ettik, ilkökul ortaokul mezunu ya da biraz daha kırsal bölgelerde yaşayan anne babaların da tabii ki bu bilgiye ihtiyaç duyduğunu fark ettik.

Peki neden tiyatro ile eğitim? Yani niçin böyle hassas bu kadar önemli bir konunun içerisinde böyle insanların eğlendiği, gülmeye ihtiyacını karşıladığı bir sanatı dahil ettik. Çünkü çevresi ile iletişim kurmakta zorlanan çocuklar da başta olmak üzere genel olarak tüm çocuklara özgüven duygusu kazandıran bir sanat tiyatro. Tiyatro oyununda çocukların sosyalleşmesi, birlikte gülüp eğlenmeleri önemli bir avantaj.

Tiyatroda sergilenen oyunlarda çocuklar gözlem yoluyla öğreniyor. Oyun esnasında kendini oyunun akışına bırakarak oyunun bir parçası oluyorlar. Çünkü o oyunla birlikte çocuklarda hayal etmeye başlıyor ve empati kuruyorlar. Bunun bir neticesi olarak da çocuklara vermek istediğimiz mesaj daha kalıcı ve etkin bir rol alıyor. Buradaki tahminlerimiz bir çocuk belki mahremiyet eğitimi kavrayamayacak bir yaş seviyesinde olabilir. Çünkü biz bu tiyatroyu hazırlarken sadeliği ile okul öncesi çocukları hedef aldık ve bu noktada da o çocukların zihninde hafızasında öğrenmese bile bir tohum bırakmak üzerine adım atmak istedik. Uzmanların çocukların bir oyun içerisinde eğlenerek öğrenmeleri gerektiği tespitinden yola çıktık. Çok hassas bir konu ve anne babaların çocukları ile paylaşmakta çok zorlandıkları bir konu. Aldığımız geri bildirimler içerisinde “Biz bu konuyu nasıl bir dille anlatacağımızı bilmiyorduk. Buradaki oyun hem onun öğrenmesine hem de bizim çocuğumuza nasıl davranacağımız konusunda biraz daha rahat etmemize sebep oldu.” vardı.

Biz bu oyun içerisinde sempatik iki kahraman oluşturduk. Asya ve Sakarcan kahramanlarımızın adı. Asya bu konuda daha bilgili, ailesi tarafın daha bilinçli yetiştirilmiş bir çocuğu temsil ederken, Sakarcan Zeki, çok hareketli, çok enerjik, çok koşturan ve oyunlar oynamayı

biraz daha seven bir çocuk olarak karşlarına çıktı. Sakarcan'a sempati duyular sevdiler çünkü onun hareketliliğini, güldürmesini, koşturmacasını çok sevdiler. Sakarcan oyunun içerisinde Asya'nın söylediklerini o kadar güzel dinleyip öğrendi ki Sakarcan'la birlikte çocuklarımız da buradaki o konular ile ilgili bir farkındalık getirip öğrenmeye başladı. Çünkü Sakarcan hem onları eğlendirerek dikkatlerini topladı hem de de bu dikkatin o eğitsel içeriğe yönlendirilmesini sağladı.

Biz 10 Şubat'ta 2018 yılında bu yola çıktık ve bir gösterimimizden sonra aldığımız o enerji ve destekle birçok gösterimler yaptık. 23 gösterimi buldu zamanla ve burada STK'larla ve kurumlarla iş birliği yapma fırsatı bulduk. Milli Eğitim yerel belediyeler, büyükşehir belediyeleri ve Aile Çalışma İl Müdürlüğü gibi birçok kurumla çalışma fırsatı bulduk ve tabii ki bu materyali gözlemlerine ve olumlu olumsuz geri bildirimlerini alma fırsatı bulduk. Bu noktada da gerçekten çok iyi referanslara sahip olan bir proje haline geldi.

Tiyatrodan sonra yine Ayşe hocamın paylaştığı üzere pandemi ile ilgili bir masal kitabı hazırladık. Pandemi sürecinde etkinliklerimiz ne yazık ki durdu, çalışmalarımız durdu fakat biz durmadık. Bu süreçte çocuklar ne yaşıyor, nasıl bir ruh haline giriyorlar ve bu ruh hali onlar üzerinde nasıl bir istismar oluşturuyor düşündük. Yine biz anne babaların çocuklarına pandemi anlatmakta zorlandığını fark ettik. Anne ve babalar gerçekten çocuklarla dilde çok hassaslar ama farkında olmadan onların korkmasına, yanlış bir dil ile onların bazı konulardan çekinmesine sebep oluyorlar. Pandeminin yoğun yaşandığı dönemde Küçük Mikrop Zuzu ve Bilge Mikrop masal kitabımızı ücretsiz e-kitap olarak yayımladık ve o süreçte bu kitabımızın e-kitap olarak ailelere ulaşmasını sağladık.

Çok kısa bir bilgi ile geçeceğim burada da bizim hassasiyetlerimiz oldu mesela bu masalın kahramanları bir mikrop. Bizim amacımız çocuğun korkmaması. Evet, kendini mikroptan korumalı, ondan uzak durmalı ve bunun için gerekli önlemlerini almalı ama korkmamalı. Çünkü korku bir istismardır ve çocuklara kendilerini koruması korkutmadan öğretilmelidir. Tiyatro çalışmamızda olduğu gibi korkmalarını engelledik. Bu amaçla Küçük Mikrop Zuzu ve Bilge Mikrop karakterlerimizi oluşturduk ve bu karakterlerimiz bu pandemi sürecini çocuklara uygun bir dille anlatmalarını istedik. Yine başta Ayşe hocam olmak üzere ve diğer hocalarıma bu süreçle ilgili verdikleri uzmanlık desteği için çok teşekkür etmek istiyorum.

Doç. Dr. Sevgi Usta
Akademide Çocuk Hakları Ağı

Doç. Dr. Sevgi Usta:

Çocuk hakları, insan haklarının gelişimine paralel olarak gelişme göstermiş, Birleşmiş Milletler Cemiyeti Genel Kurulu tarafından kabul edilen ve bağlayıcı olmayan 1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi; 1959 Çocuk Hakları Bildirisi'nin ilanından sonra, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme 1989 yılında Birleşmiş Milletler tarafından imzaya açılmış ve Dünya da tüm ülkeler tarafından imzalanan ve ABD dışında Tüm devletler tarafından en hızlı biçimde kabul edilen ilk Sözleşme niteliğine sahip olmuştur. Türkiye, Sözleşmeyi 14 Eylül 1990 tarihinde imzalamış ve 9 Aralık 1994 tarihinde onaylamıştır². Sözleşme'de çocuk, hakların öznesi olarak ön plana çıkartılmaktadır. Sözleşmede yer alan medeni, siyasi, ekonomik, kültürel konuları ve sorunları içeren haklar, çocukların ihtiyaçları ve beklentilerinin geniş bir yelpazesini oluşturmaktadır. Çocuk haklarının hayata geçirilmesinde çocuğun yaşam ve gelişme hakkının korunması, yararının önceliği, ayırıcı muamele yasağı ve katılım temel ilkeler olarak kabul edilmiştir.

1994 yılından itibaren hukukumuzun bir parçası olan Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 42. maddesinde sözleşmenin yaygınlaştırılmasıyla ilgili bir taahhüt yer almaktadır. Bu taahhüt, Sözleşme ilke ve hükümlerinin uygun ve etkili araçlarla ayırıcı tüm yetişkinler ve yetişkinler kadar çocuklar tarafından da yaygın biçimde öğrenilmesini sağlamaktır. Bu taahhüt Sözleşmenin tamamının her düzeydeki eğitim sistemi müfredatına dahil edilmesi ve çocuklarla birlikte ya da çocuklar için çalışanlar meslek elemanlarının eğitim programlarına alınması ve yeterli ve sistematik olarak eğitilmesini ve bu kişilere duyarlılık kazandırılmasını içermektedir.

Hukukumuzun ve politikamızın bir parçası olan Avrupa Konseyi tarafından da tüm politika, eylem ve programlarına çocuk haklarının sistematik bir şekilde dahil edilmesini ifade eden ana akım konuları arasında yer almıştır. Bu yaklaşım, beslenme, sağlık ve eğitim gibi geleneksel çocuk odaklı sektörlerin ötesinde enerji, tarım, ulaştırma, ticaret ve yatırım, kalkınma için iş birliği, insani yardım, altyapı, iklim değişikliği ve çevre gibi diğer sektörlerle de çocuk haklarının dahil edilmesidir. Böylece çocuk hakları ve çocuk hak odaklı yaklaşımın tüm meslek alanlarına yayılması amaçlanmaktadır. Bu yayılım aynı zamanda çocuk yararının önceliği ilkesinin tüm kamu ve özel faaliyetlerde uygulanması esasını da içermektedir.

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin 42.maddesindeki taahhüdün üniversitelere yansıyan boyutu, çocuk hak kültürünün yaygınlaştırılması ve çocuk esaslı yaklaşımın üniversitelerin

² Sözleşme resmi metni için bkz. RG. 11.12.1994-22138.

eğitim, öğretim ve mesleki gelişim faaliyetlerinde yer alarak uygulamaya yansıtılmasıdır. Bu konuda özellikle 1994 yılından itibaren kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum örgütlerinin gittikçe artan, etkin çalışmalarına rağmen akademinin bu çalışmaların neresinde olduğunu tespit etmek amacıyla İsveç Lund Üniversitesi Raoul Wallenberg İnsan Hakları ve İnsancıl Hukuk Enstitüsü Türkiye Programı desteği ile bir çalışma yapılmıştır. 2018 yılı itibari ile geriye doğru beş yıl içinde çocuk haklarının ve çocuk hakları yaklaşımının müfredat ve mesleki faaliyetlere nasıl yansıdığı konusunda yapılan bu çalışmada çocuk haklarına ilginin üniversitelerde arttığı gözlenmiştir³. Üniversitelerde çocuklarla ilgili faaliyet gösteren merkez sayısının yıllar itibari ile arttığı görülmektedir. Ancak üniversitelerde çocuk hakları yaklaşımının müfredata yansıtılması konusunda Yüksek Öğretim Kurumu'nun bir politikası bulunmamaktadır. Bu alandaki çalışmaların sürdürülebilirliğinin tamamen merkez üyelerinin ve öğretim üyelerinin kişisel çabası ve yapabilirliğine bağlıdır.

Bu tespit, bizlerin de diğer ülkelerde de olduğu gibi, çocuk haklarının farklı alanlarında çalışan akademisyenler, üniversite merkezleri, birimlerinin müfredat, araştırma meselelerini birlikte tartışabilecekleri, deneyim paylaşabilecekleri, güncel araştırma alan ve başlıklarını değerlendirebilecekleri Ağ oluşturma fikri ve ihtiyacını koymuştur. Bu amaçla bir araya gelen, Ankara Üniversitesi Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi, Bilkent Üniversitesi Uluslararası Çocuk Merkezi, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Çocuk Çalışmaları Birimi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi, Maltepe Üniversitesi Sokakta Yaşayan ve Çalıştırılan Çocuklar İçin Uygulama ve Araştırma Merkezi, Özyeğın Üniversitesi Disiplinlerarası Çocuk Hakları Çalışmaları ve Sabancı Üniversitesi Eğitim Reformu Girişimi temsilcilerinin katılımı ile Akademi Çocuk Hakları Ağ kuruluş ve faaliyetine başlamıştır⁴.

Ağ, çocuk hakları alanında, akademi eğitim/öğretimde müfredat çalışmaları, alanda niteliksel bilimsel bilgi üretiminin artırılması, ulusal ve uluslararası araştırma faaliyetleri ile yasa koyucu ve karar alıcıların bu alanda üretilen bilimsel bilgilerden yararlanabilmelerinin kolaylaştırılması yoluyla uygulama alanında faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu faaliyetlerin yanında, çocuk haklarına ilişkin bilgi ve araştırmalar ile çocuk hakları alanında yapılan çalışmaların ülke çapında yaygınlaştırılmasına da katkıda bulunmaktadır. Hedefleri, çocuk hakları ve

³ 2018 Akademi Çocuk Hakları Raporu, <https://www.akademidecocukhaklari.com/category/yayinlar/>

⁴ www.akademidecocukhaklari.com

çocuk hakları temelli yaklaşım konusunda müfredat hazırlama, ulusal ve uluslararası araştırma projeleri oluşturma, var olanlara katılma, ulusal ve uluslararası iş birlikleri, ortaklıklar oluşturma, yerel ve ulusal düzeyde politika ve yasa yapıcıların ve karar alıcıların faaliyetlerinin bilimsel bilgi temelli olmasına destek verilmesidir.

Ağ Genel Kurulu tarafından yapılanma ve çalışmalarına esas teşkil etmek üzere Ortaklık Metni oluşturulmuştur. Ağ çalışmalarına katılımın yaygınlaşabilmesi ve sürdürülebilirliği için esnek bir yapı kurulmuştur. Ağ bileşenleri, üyelerinin oluşturduğu genel kurul, yürütme kurulu, danışma kurulu ve sekreteryadır. Ağ, üniversitelerin çocuk alanında çalışmalar yapan merkezleri veya son iki yıldır çalışmaları çocuk –çocuk hakları alanında yoğunlaşmış olan üniversite birimleri Ağ’a üye olabilirler. Ağ çalışmaları kapsamında, Ağ üyeleri tarafından önerilen akademisyen ve araştırmacılarla iş birliği yapılmakta ve Ağ içinde bireysel üye olarak katılımları sağlanmaktadır. Bu alanda üniversitelerdeki birimleri desteklemek amacıyla başvuru esnasında üye olma kriterlerini henüz sağlayamayan ancak çocuk alanında çalışmalar yürüten ya da kısa vadede yürütmeyi planlayan birimler ve merkezleri Genel Kurul kararı ile gözlemci üye olarak kabul edilebilmektedir.

Ağ, çocuğun kendi özgünlüğü ve özerkliği içinde gelişmekte olan bir birey olduğunu kabul eder. Bu yaklaşımdan hareketle misyonu, çocuk haklarının farklı alanlarında çalışan akademisyenler ve/veya akademik birimler arasında eğitim/öğretim, araştırma ve uygulamada çocuk hak temelli anlayışın yerleştirilmesindeki sorumluluğunu yerine getirecek bir zemin oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır. Çalışmalara temel teşkil eden hak temelli yaklaşım ise, uluslararası insan hakları standartlarından etkilenen çalışmaları tanımlamak için yaygın olarak kullanılan felsefi bir bakış açısının yasal bir ifadesidir. Çocuklarla ilgili çalışmalarda uluslararası ilke ve standartlar Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme tarafından konmuştur. Çocuk hak temelli yaklaşım faaliyet veya çalışmada Çocuk Haklarına Dair Sözleşme standartlarının dikkate alınmasını ifade etmektedir. Birleşmiş Milletler’in “Ortak Anlayış Bildirgesi”nde açıklandığı gibi “insan hakları temelli bir yaklaşıma” rehberlik etmesi gereken üç temel ilkeyi çocuk hak temelli yaklaşım olarak ifade ettiğimizde, tüm faaliyetlerin çocuk haklarının gerçekleştirilmesini daha ileri derecede sağlaması; çocuk hakları standartlarının, faaliyetin tüm aşamalarına rehberlik etmesi ve yükümlülük sahiplerini ve hak sahiplerini haklarını talep

etmek için yükümlülük sahiplerinin kapasitelerinin geliştirilmesine katkıda bulunması olarak özetlemek mümkündür⁵.

⁵ <https://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies>

Kursun YouTube videosuna aşağıdaki QR kodlardan ulaşabilirsiniz.

1. Bۆlüm



2. Bۆlüm



NOTLAR

