

T.C

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK KORUMA ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
MERKEZİ'NDE DEĞERLENDİRİLEN ADLİ NİTELİKLİ OLGULARIN
RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Dr. Fatih ALTUN

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

2023

T.C

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK KORUMA ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
MERKEZİ'NDE DEĞERLENDİRİLEN ADLİ NİTELİKLİ OLGULARIN
RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Dr. Fatih ALTUN

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Rıza YILMAZ

Etik Kurul Onay Tarihi: 09/02/2023

Karar No: 2023/03.06

Proje No: 2023/26

2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	1
KISALTMALAR LİSTESİ.....	2
ÇİZİMLER LİSTESİ.....	3
TABLolar LİSTESİ.....	5
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 KAVRAMLAR.....	7
2.1.1 Çocukluk Kavramı	7
2.1.2 Ergenlik Kavramı	8
2.1.3 Bireyin Bilişsel Gelişimi	8
2.1.3.1 Piaget'e Göre Bilişsel Gelişim	9
2.1.4 Zekâ Kavramı.....	10
2.1.4.1 Zekâ Gerilikleri	11
2.1.4.2 Weschler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC).....	13
2.2 ADALET SİSTEMİNDE ÇOCUĞUN YERİ.....	13
2.2.1 Çocuk ve Ergenlerin Adli Tıbbi Değerlendirilmesi	16
2.2.1.1 Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezleri	16
2.2.1.2 Adli Tıp Anabilim Dalları	17
2.2.1.3 Adli Tıp Kurumu ve Adli Tıp Şube Müdürlükleri	17
2.2.1.4 Çocuk İzlem Merkezleri	18
2.3 SUÇA SÜRÜKLENEN ÇOCUKLAR VE ÇOCUKLARDA CEZA SORUMLULUĞU	18
2.3.1 Suça Sürüklenen Çocuklar	19
2.3.2 Çocuklarda Ceza Sorumluluğu ve Hukuki Düzenlemeler	20
2.3.3 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Epidemiyolojisi.....	22
2.3.4 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Risk Faktörleri	22
2.3.4.1 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Bireysel Risk Faktörleri.....	23
2.3.4.2 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Çevresel Risk Faktörleri	23
2.3.5 Suça Sürüklenen Çocuklarda Adli Tıbbi Değerlendirme ve Raporlama Süreci ..	26
2.4 ÇOCUK İSTİSMARI	28
2.4.1 Fiziksel İstismar	29
2.4.1.1 Fiziksel İstismarın Tanımı.....	29
2.4.1.2 Fiziksel İstismarın Epidemiyolojisi.....	29
2.4.1.3 Fiziksel İstismarın Etiyolojisi.....	30
2.4.1.4 Çocuk İstismarı ve Fiziksel İstismarın Hukuki Boyutu ve Yasal Düzenlemeler	32
2.4.1.5 Fiziksel İstismar Mağduru Çocuklarda Adli Tıbbi Değerlendirme Süreci ..	38
2.4.2 Cinsel İstismar.....	43
2.4.2.1 Cinsel İstismarın Tanımı	43
2.4.2.2 Cinsel İstismarın Epidemiyolojisi	45
2.4.2.3 Cinsel İstismarda Risk Faktörleri	46

2.4.2.4	Cinsel İstismarın Hukuki Boyutu ve Yasal Düzenlemeler.....	46
2.4.2.5	Cinsel İstismar Olgularında Adli Tıbbi Değerlendirme	51
2.4.2.6	Cinsel İstismar Olgularında Ruhsal Bulgular.....	52
2.4.3	Duygusal İstismar.....	55
2.4.3.1	Duygusal İstismarın Tanımı	55
2.4.3.2	Duygusal İstismarın Epidemiyolojisi	56
2.4.3.3	Duygusal İstismarın Risk Faktörleri	56
2.4.3.4	Duygusal İstismarın Hukuki Boyutu ve Yasal Düzenlemeler	58
2.4.3.5	Duygusal İstismar Olgularında Adli Tıbbi Yaklaşım	58
2.4.3.6	Duygusal İstismar Olgularında Ruhsal Bulgular	59
2.4.4	Çocuk İhmali	59
2.4.4.1	Çocuk İhmalinin Tanımı	60
2.4.4.2	Çocuk İhmalinin Epidemiyolojisi	60
2.4.4.3	Çocuk İhmalinin Risk Faktörleri.....	60
2.4.4.4	Çocuk İhmalinin Tipleri	61
2.4.4.5	Çocuk İhmalinin Hukuki Boyutu ve Yasal Düzenlemeler	61
2.4.4.6	Çocuk İhmali Olgularında Adli Tıbbi Değerlendirme	62
2.4.4.7	Çocuk İhmali Olgularında Ruhsal Bulgular	63
2.5	VELAYET.....	63
2.6	MALULİYET, ÖZÜRLÜLÜK, ENGELLİLİK VE ÇÖZGER (MÖEÇ)	65
2.7	EVLENME İZNİ.....	67
2.7.1	Çocuk Evliliği ve Çocuk Anneler	67
2.7.2	Evlenme İzni ile İlgili Hukuki Düzenlemeler	68
2.7.3	Evlenme İzni Olgularında Adli Tıbbi Değerlendirme.....	69
2.8	KATI RAPORLAR.....	70
2.8.1	Çocuk ve Ergenlerin Kati Raporlarının Düzenlenmesinde Ruhsal Değerlendirmenin Rolü	72
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	74
3.1	YÖNTEM.....	74
3.2	VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ	74
3.3	ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	75
4.	BULGULAR	76
4.1	ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ	76
4.1.1	Başvuru Yıllarının Dağılımı	76
4.1.2	Olay Yıllarının Dağılımı	77
4.1.3	Olguların Olay Tarihindeki Yaşlarına Göre Dağılımı.....	78
4.1.4	Olguların Rapor Tarihindeki Yaşlarına Göre Dağılımı.....	79
4.1.5	Olguların Doğdukları ve Yaşadıkları Yerlere göre Dağılımı	81
4.1.6	Olguların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	82
4.1.7	Olguların Eğitim Durumlarının İncelenmesi.....	83
4.1.8	Olguların Çalışma Durumlarının İncelenmesi	87
4.1.9	Olguların Fiziksel Hastalık Durumlarının İncelenmesi.....	88

4.1.10	Olguların Psikiyatrik Hastalık Durumlarının İncelenmesi	88
4.1.11	Olguların Zekâ Düzeylerinin İncelenmesi	94
4.1.12	Olguların Alışkanlık Durumlarının İncelenmesi	99
4.2	OLGULARIN EBEVEYN VE AİLE ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ.....	101
4.2.1	Ebeveynlerin Medeni Durumlarının İncelenmesi	101
4.2.2	Ebeveynlerin Hayatta Olma Durumlarının İncelenmesi	101
4.2.3	Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerinin İncelenmesi	102
4.2.4	Ebeveynlerin Meslek ve Çalışma Durumlarının İncelenmesi	104
4.2.5	Olguların Aile Yapılarının İncelenmesi	108
4.2.6	Olguların Birlikte Yaşadıkları Kişilerin İncelenmesi.....	109
4.2.7	Olguların Kardeş Sayılarının İncelenmesi	110
4.2.8	Olguların Üvey Kardeş Durumlarının İncelenmesi	111
4.3	ÖRNEKLEMİN ADLİ YÖNDEN İNCELENMESİ	112
4.3.1	SSÇ Grubunun İncelenmesi	116
4.3.1.1	SSÇ Grubundaki Olguların İddia Edilen Suç Yönünden İncelenmesi.....	116
4.3.1.2	SSÇ Grubundaki Olgularda İddia Edilen Suç ile Başka Bir Suça Karşıma Öyküsünün Karşılaştırılması	116
4.3.1.3	SSÇ Grubundaki Olgularda İddia Edilen Suç ile Psikiyatrik Hastalık Varlığının Karşılaştırılması	117
4.3.1.4	SSÇ Grubundaki Olgularda İddia Edilen Suç ile Mental Kısıtlılık Varlığının Karşılaştırılması	118
4.3.1.5	SSÇ Grubundaki Olguların Rapor Sonuçlarının Dağılımı	119
4.3.2	Cİ Grubunun İncelenmesi	120
4.3.2.1	Cİ Grubundaki Olgularda Gönderen Makamlar Tarafından Sorulan Soruların İncelenmesi.....	120
4.3.2.2	Cİ Grubundaki Olgularda Fiziksel Bulgu Varlığının İncelenmesi.....	121
4.3.2.3	Cİ Grubundaki Olguların Rapor Sonuçlarının İncelenmesi	122
4.3.2.4	Cİ Grubundaki Olgularda Olaya Bağlı Ortaya Çıkan TSSB Varlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.....	123
4.3.3	Kati Rapor Grubunun İncelenmesi.....	124
4.3.3.1	Kati Rapor Grubunda Başvuru Sebeplerinin İncelenmesi	124
4.3.3.2	Kati Rapor Grubunda Olaya Bağlı Meydana Gelen Ruhsal Etkilenimin İncelenmesi.....	125
4.3.3.3	Kati Rapor Grubunda Başvuru Sebebi ile Ruhsal Etkilenim Varlığının Karşılaştırılması	126
4.3.4	Fİ Grubunun İncelenmesi.....	127
4.3.4.1	Fİ Grubunun Olaya Bağlı Meydana Gelen Fiziksel Bulgu Yönünden İncelenmesi.....	127
4.3.4.2	Fİ Grubunun Olaya Bağlı Meydana Gelen Ruhsal Etkilenim Yönünden İncelenmesi.....	127
4.3.5	Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunun İncelenmesi	128
4.3.5.1	Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunun Hakkında Rapor Düzenlenmesi İstenen Olay Yönünden İncelenmesi.....	128

4.3.5.2	Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunun Hakkında Rapor Düzenlenmesi İstenen Yönetmelik Yönünden İncelenmesi.....	129
4.3.5.3	Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunun Olaya Bağlı Ortaya Çıkan Ruhsal Patoloji Yönünden İncelenmesi.....	130
4.3.5.4	Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunda Olay ile Ruhsal Etkilenim Varlığının Karşılaştırılması	131
4.3.6	Velayet Grubunun İncelenmesi	131
4.3.6.1	Velayet Grubunda Sorulan Soruların İncelenmesi.....	131
4.3.6.2	Velayet Grubunda Boşanma Süreci Kaynaklı Ruhsal Etkilenimin İncelenmesi.....	132
4.3.6.3	Velayet Grubunun Rapor Sonuçlarının İncelenmesi.....	133
4.3.7	Evlenme İzni Grubunun İncelenmesi	134
4.3.7.1	Evlenme İzni Grubunda Mental Kısıtlılık veya Ruhsal Patoloji Varlığının İncelenmesi.....	134
5.	TARTIŞMA	135
5.1	ÖRNEKLEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ	135
5.2	ÖRNEKLEMİN EBEVEYN VE AİLE ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	143
5.3	ÖRNEKLEMİN ADLİ YÖNÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ	147
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	157
7.	ÖZET.....	162
8.	ABSTRACT	164
9.	KAYNAKLAR.....	166

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca sabır ve özveri içinde bilgi ve tecrübeleriyle her zaman destek olan, çalışmamın gerek fikir aşamasında gerek hazırlanma sürecinde desteğini esirgemeyen, tez danışmanım Prof. Dr. Rıza YILMAZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Başar ÇOLAK ve Doç. Dr. Ömer KURTAŞ'a,

Tez çalışmamın istatistik aşamasında çok kıymetli destekleriyle yol gösteren Prof. Dr. Canan BAYDEMİR'e,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, birlikte çalıştığımız tüm zamanlarda ve tez yazım sürecimde yardımlarını ve hoşgörülerini esirgemeyen değerli asistan arkadaşlarıma,

Anabilim Dalımızın emektar çalışanları Nural ÖZ ve Muradiye EYİKOÇAK'a,

Hayatım boyunca fedakarlıktan kaçınmadan sevgi ve desteklerini esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime, sevgili eşim Dr. Sefanur ALTUN'a teşekkür ederim.

Dr. Fatih ALTUN

2023

KISALTMALAR LİSTESİ

TDK: Türk Dil Kurumu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TMK: Türk Medeni Kanunu

ÇKK: Çocuk Koruma Kanunu

ATK: Adli Tıp Kurumu

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

DSÖ: Dünya sağlık Örgütü

SSÇ: Suça Sürüklenen Çocuk

Cİ: Cinsel İstismar

Fİ: Fiziksel İstismar

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

MÖEÇ: Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER

MR: Mental Retardasyon

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

WISC-R: Wechsler Intelligent Scale for Children - Revised

ÇİZİMLER LİSTESİ

Grafik 1: Grupların olay tarihindeki yaş ortalamaları	79
Grafik 2: Olgu gruplarının rapor tarihindeki yaş ortalamaları	80
Grafik 3: Olgu gruplarının doğdukları illere göre dağılımı.....	81
Grafik 4: Olgu gruplarının yaşadıkları illere göre dağılımı	82
Grafik 5: Olgu gruplarının cinsiyete göre dağılımı	83
Grafik 6: Olgu gruplarının özel eğitim alma durumuna göre dağılımı	84
Grafik 7: Olgu gruplarının okul başarılarına göre dağılımı	85
Grafik 8: Olgu gruplarının sınıf tekrarı durumuna göre dağılımı	86
Grafik 9: Olgu gruplarının okul devamsızlık durumlarına göre dağılımı	86
Grafik 10: Olgu gruplarının çalışma durumlarına göre dağılımı	87
Grafik 11: Olgu gruplarının fiziksel hastalık durumlarına göre dağılımı	88
Grafik 12: Olgu gruplarının psikiyatrik tanı durumuna göre dağılımı.....	89
Grafik 13: Olgu gruplarının DEHB varlığına göre dağılımı	89
Grafik 14: Olgu gruplarının MDB varlığına göre dağılımı.....	90
Grafik 15: Olgu gruplarının TSSB varlığına göre dağılımı	91
Grafik 16: Olgu gruplarının MKB varlığına göre dağılımı.....	91
Grafik 17: Olgu gruplarının DB varlığına göre dağılımı	92
Grafik 18: Olgu gruplarının ÖÖG varlığına göre dağılımı	93
Grafik 19: Olgu gruplarının mental kısıtlılık varlığı açısından dağılımı	98
Grafik 20: Olgu gruplarının sigara kullanımına göre dağılımı.....	99
Grafik 21: Olgu gruplarının alkol kullanımına göre dağılımı	100
Grafik 22: Olgu gruplarının madde kullanımına göre dağılımı	101
Grafik 23: Olgu gruplarının ebeveynlerinin medeni durumlarına göre dağılımları.....	101
Grafik 24: Olgu gruplarının ebeveynlerinin sağlık durumlarına göre dağılımları	102
Grafik 25: Olgu gruplarının anne çalışma durumlarının dağılımı.....	107
Grafik 26: Olgu gruplarının baba çalışma durumlarının dağılımı.....	108
Grafik 27: Olgu gruplarının aile yapılarının dağılımı	109
Grafik 28: Olgu gruplarının üvey kardeşe sahip olma durumlarının dağılımı	112
Grafik 29: Olgu gruplarının olay ile ilgili önceden rapor düzenlenme durumu.....	113
Grafik 30: Olgu gruplarında sosyal inceleme raporu varlığı.....	113
Grafik 31: Olgu gruplarının tedbir kararı önerilme durumuna göre dağılımı	114
Grafik 32: Olgu gruplarında başvuru ile rapor arasında geçen sürelerin dağılımı.....	115
Grafik 33: SSÇ grubunda olguların işlediği iddia edilen suçların dağılımı	116
Grafik 34: SSÇ grubunda suç ile eski suç öyküsü varlığının karşılaştırılması	117
Grafik 35: SSÇ grubunda işlenen suç ve psikiyatrik hastalık varlığının karşılaştırılması	118
Grafik 36: SSÇ grubunda suç ile mental kısıtlılık varlığının karşılaştırılması	119
Grafik 37: SSÇ grubunun rapor sonuçlarının dağılımı	120
Grafik 38: Cinsel İstismar grubunda fiziksel bulgu varlığı.....	122
Grafik 39: Kati Rapor grubunun başvuru şikayetleri	125
Grafik 40: Kati Rapor grubunda olaya bağlı ortaya çıkan ruhsal etkilenim varlığının dağılımı	126
Grafik 41: Kati Rapor grubunda olay ile ruhsal etkilenim ilişkisinin incelenmesi	126

Grafik 42: Fİ olgularında fiziksel bulgu varlığı	127
Grafik 43: Fİ grubunda olaya bağlı ruhsal patoloji varlığı.....	128
Grafik 44: MÖEÇ grubunda rapor istem nedeni olan olay	129
Grafik 45: MÖEÇ grubunda rapor düzenlenmesi istenen yönetmelik	130
Grafik 46: MÖEÇ grubunda olay nedeniyle ortaya çıkan ruhsal patoloji varlığının dağılımı	130
Grafik 47: MÖEÇ grubunda olay ile olay nedeniyle ortaya çıkan ruhsal patoloji ilişkisinin incelenmesi.....	131
Grafik 48: Velayet grubunda gönderen makam tarafından sorulan soruların dağılımı.....	132
Grafik 49: Velayet grubundan boşanma süreci kaynaklı ruhsal etkilenim varlığının dağılımı	133
Grafik 50: Evlenme İzni grubu olgularında ruhsal patoloji varlığının dağılımı	134



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Weschler puanlarına göre zekâ düzeyleri	12
Tablo 2: Olguların vaka gruplarına göre dağılımı.....	76
Tablo 3: Olgu gruplarının başvuru yıllarına göre dağılımı	76
Tablo 4: Çocukların yaşadıkları olayların yıllara göre dağılımı	77
Tablo 5: Olgu gruplarının olay tarihindeki yaş ortalamalarının karşılaştırılması	79
Tablo 6: Olgu gruplarının rapor tarihindeki yaş ortalamalarına göre karşılaştırılması.....	80
Tablo 7: Olguların eğitim düzeyleri	83
Tablo 8: Olgularda özel eğitim alma durumu ile okul başarısı ve sınıf tekrarının karşılaştırılması	87
Tablo 9: Olgularda psikiyatrik hastalık varlığı ile okul başarısı ve sınıf tekrarı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	94
Tablo 10: Olgu gruplarının WISC-R puanlarına göre dağılımı	94
Tablo 11: Olgu gruplarının WISC-R puanlarına karşılık gelen zekâ düzeylerine göre dağılımı	96
Tablo 12: Olgu gruplarının klinik olarak tespit edilen zekâ düzeylerine göre dağılımı	97
Tablo 13: Olgularda mental kısıtlılık ile okul başarısı ve sınıf tekrarı ilişkisinin incelenmesi	99
Tablo 14: Olgu gruplarının anne eğitim düzeylerinin dağılımı.....	102
Tablo 15: Olgu gruplarının baba eğitim düzeylerinin dağılımı.....	103
Tablo 16: Olguların ebeveyn mesleklerinin dağılımı.....	105
Tablo 17: Olgu gruplarının anne mesleklerinin dağılımı	106
Tablo 18: Olgu gruplarının baba mesleklerinin dağılımı	107
Tablo 19: Olgu gruplarının birlikte yaşadığı kişilerin dağılımı	110
Tablo 20: Olgu gruplarının kardeş sayılarının dağılımı	111
Tablo 21: Olguların rapor sonucunda önerilen tedbir kararlarının dağılımı	114
Tablo 22: Cİ grubunda gönderen makam tarafından sorulan soruların dağılımı	120
Tablo 23: Cİ grubunun rapor sonuçlarının dağılımı.....	122
Tablo 24: Cİ grubunda TSSB gelişimi ile ilişkili olabilecek faktörlerin incelenmesi	123
Tablo 25: Velayet grubu olgularının rapor sonuçlarının dağılımı.....	133

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk; bireyin hayatında korunmaya, desteklenmeye ve yönlendirilmeye en çok ihtiyacının olduğu dönemdir. Her ne kadar çoğunlukla istenmese de çocuklar adli olaylara sıklıkla konu olmaktadır. Her türlü adli olay ve bu olaylara ilişkin tıbbi değerlendirme süreci ister istemez çocuklar için örseleyici olabilmektedir.

Fiziksel veya cinsel istismar mağduru olma, suça sürüklenme, velayet davaları, maluliyet / özürlülük / engellilik durumlarının tespiti, evlat edinilme ve erken evlenme gibi nedenler çocuk ve ergenlerde adli davalara sıklıkla konu olmaktadır. Dolayısıyla bu olguların değerlendirilmesine yönelik çalışan ekibin, mesleki uygulamaları konusunda olguların adli boyutu hakkında giderek daha fazla bilgi ve tecrübeye gereksinimi olmaktadır.

Çocuk olguların adli amaçla değerlendirildiği yerlerden biri olan Çocuk Koruma Merkezleri; başta istismar veya ihmal mağduru ve suça sürüklenmiş çocuklar olmak üzere, adli sisteme dahil olmuş çocuk olguların multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımla tanı, tedavi, raporlama süreçlerinin yürütülmesinin yanı sıra bu süreçte çocukların ikincil örselenmelerini engellemek ve çocuğun üstün yararı ilkesini azami ölçüde gözetmek gibi amaçlarla kurulmuşlardır.

Adli makamlar tarafından rapor düzenlenmesi istemiyle Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi'ne ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na yönlendirilen çocuk ve ergenlerin adli rapor istem nedenleri, sosyodemografik özellikleri ve eşlik eden fiziksel ve ruhsal bozuklukları, WISC-R testi ile belirlenmiş zekâ düzeyleri ve adli sisteme dahil olmaya ilişkin risk faktörleri araştırılacaktır. Böylece çocuk ve gençlerin adli süreçten asgari miktarda etkilenmesi veya hiç etkilenmemesi için yapılacak çalışmalara katkı sağlanabilmesi ve bu alanda çalışan kişi ve ekiplere yönelik yeni yaklaşımları da içeren öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde çalışmanın amaçları doğrultusunda; çocukların adli tıbbi ve ruhsal değerlendirmesine yönelik kavramlardan, tarafımızdan rapor düzenlenmesi istenen olgu gruplarından olan suça sürüklenme, istismar, kati rapor, maluliyet, velayet ve evlenme izninden ve bu grupların değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken yasal düzenlemelerden, bu düzenlemelere yönelik gerçekleştirilen tıbbi uygulamalardan bahsedilecektir.

2.1 Kavramlar

Bu bölümde kavram olarak çocukluk, ergenlik, çocuğun bilişsel gelişim dönemleri ve zekâdan bahsedilecektir.

2.1.1 Çocukluk Kavramı

İnsan hayatı; çocukluk, ergenlik, olgunluk, yaşlılık gibi belli başlı dönemlere ayrılabilir. Çocuk henüz bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden olgunluğa ulaşmamış olan bireydir.¹ Çocukluk kavramının tanımlanmasına yönelik birçok yaklaşım geliştirilmiş ve tanımlamalar yapılmıştır. Yörükoğlu, çocuğu tanımlarken kendine özgü niteliklerinin olmasının yanı sıra çocuğun hızlı ve şaşırtıcı değişimler gösterebilmesini vurgulamaktadır.² Bir başka tanımda çocuk sürekli gelişim içinde olan bir varlık olduğu söylenmiştir.³ Türk Dil Kurumu'nun (TDK) tanımında ise çocukluk; yaş aralığı belirtmeden küçük yaştaki erkek veya kız veya bebeklik ile ergenlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak olarak belirtilmiştir.⁴

Çocukluk döneminin tam olarak hangi yaş dönemine karşılık geldiği konusunda disiplinler arasında farklı görüşler bulunmaktadır. Bu dönemler ülkeden ülkeye de farklılık göstermektedir. Bazı ülkeler çocukluk döneminin sona erdiği yaş olarak 18 yaşı kabul etmemektedir. Örneğin İngiltere'de 18 yaştan olgunluğa erişme yaşı olmadığı vurgulanmaktadır. Öte yandan Japonya'da 20 yaşında, Burkina Faso'da 20 yaşında, Bolivya'da ise üst sınır olarak 21 yaşında kişinin reşit olduğu kabul edilmektedir.⁵

Gelişim psikolojisine göre çocukluk döneminin ergenliğin başlaması ile sona erdiği kabul edilmekte olup ergenliğin başlangıç yaşı biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörlerin etkileşimi ile farklılık gösterse de kabaca 12 yaş olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla henüz ergenlik çağına ulaşmamış 12 yaştan altındakiler gelişim psikolojisine göre çocuk olarak kabul edilmektedirler.⁶

Çocukluk döneminin tanımı hususunda farklı görüşler olmakla birlikte; 20 Kasım 1989 tarihli Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’de daha kanuni olarak erken yaşta reşit kılınma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insanın çocuk sayılacağı belirtilmiştir.⁷ Ülkemizde ise Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu’na (TCK) göre 18 yaşını doldurmamış kişi, 5395 sayılı 30/07/2005 tarihli Çocuk Koruma Kanunu’na (ÇKK) göre daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişi çocuktur.^{8,9}

2.1.2 Ergenlik Kavramı

Ergenlik, kısaca bireyin çocuklukla erişkinlik dönemi arasındaki geçiş dönemidir. Genel olarak açıklamak gerekirse ergenlik, erken ergenlik olarak adlandırılan ve hızlı değişimlerin yaşandığı dönem ile başlayıp orta ergenlik ve ileri ergenlik olarak devam ederek sonlanmaktadır.¹⁰

Ergenlik bir çok fizyolojik, psikolojik ve bilişsel değişimi beraberinde getiren, kişinin psikososyal olgunlaşmasının başladığı dönemdir. Biyolojik olarak ergenlik, endokrin sistemdeki hormonal değişikliklerle başlar ve bu hormonlar bedensel ve cinsel değişimleri başlatmaktadır.¹¹

Her ne kadar ergenlikle ilgili olaylar belirli bir sıraya göre meydana gelse de ergenliğin başlama zamanı ve ilerleyiş süreci kişiler arasında farklılıklar göstermektedir.

Ergenlik döneminde bireyin kimliğinin oluşumu süreciyle eş zamanlı olarak bilişsel gelişimde hızlanma, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, preödüpal ve ödüpal çatışmalarda alevlenme, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkiler ile anne babadan ayrılma, bireyselleşme sürecine geçiş gibi nedenlerle bu dönemin kendine özgü güçlükleri bulunmaktadır.¹²

2.1.3 Bireyin Bilişsel Gelişimi

Bilişsel gelişim; doğumdan yetişkinliğe kadar bireyin etrafındaki dünyayı anlama yetisinin oluşması ve zihinsel işlevlerinin daha karmaşık ve etkili hale gelmesi sürecidir. Bu zihinsel işlevlere, algılama, hafıza, akıl yürütme, düşünme, okuma, yazma, yaratıcı düşünme gibi faaliyetler örnek gösterilebilir. Bu yetilerin her biri bireyin çevresini ve dünyayı yorumlamasıyla gelişir.¹³

Adli nitelikli çocuk olgular değerlendirilirken göz önünde bulundurulması gereken en önemli hususlardan biri çocuğun bilişsel gelişim durumudur.

Eğitim bilimcilerden olan Piaget, Bruner, Vygotsky ve Gagne çocuğun çevresindeki dünyayı değişik yaşlarda nasıl ve niçin böyle gördüğünü ve algıladığını ortaya koymaya çalışmışlardır.

2.1.3.1 Piaget’e Göre Bilişsel Gelişim

Dönemin yaygın görüşü olan çocukların zihinlerinin yetişkinlerin zihninin küçük hali olduğu görüşüne karşı çıkan, çocukların kendilerine özgü bir zihin dünyası olduğu görüşünü savunan, bireyin entelektüel gelişimi ile ilgili yaptığı çalışmalarla tanınan İsviçreli psikolog Jean Piaget bilişsel gelişimi bebeklikten erişkinliğe kadar dört evrede gerçekleşen bir süreç olarak tanımlar.

Duyusal Motor Dönem (0-2 Yaş), İşlem Öncesi Dönem (3-6 yaş), Somut İşlemler Dönemi (7-11 Yaş). “Soyut İşlemler Dönemi” ise 12 yaşından sonra başlar. Tüm çocuklar bu gelişim sıralamasını takip eder ve her bir dönem kendinden önceki dönemin tamamlanması ile başlar. Her bir dönemdeki beceriler, kendinden önceki dönemde kazanılan becerilerin üzerine koyularak ortaya çıkar. Bu dönemlerden her biri farklı bir zekâ türünü içerir.¹⁴

2.1.3.1.1 Duyusal – Motor Dönem (0 - 2 Yaş)

Bu dönem bireyin bilişsel gelişiminin ilk evresidir. Doğum ile başlar ve çocuk 2 yaşını doldurana kadar devam eder.

Bu dönemin duyuşsal-motor dönem olarak isimlendirilmesinin nedeni, bebeğin etrafındaki dünyayı keşfetmek ve anlamlandırmak amacıyla görme, işitme gibi duyuşsal fonksiyonlarını itme, tutma, emme, kavrama gibi motor işlevler ile koordine etmesidir.

Piaget bu dönemi de kendi içinde farklı altı evrede inceler. Bunlar; basit refleksler, birincil döngüsel tepkiler, ikincil döngüsel tepkiler, ikincil döngüsel tepkilerin eşleşmesi, üçüncül döngüsel tepkiler ve şemaların içselleştirilmesi evresidir.¹⁵

2.1.3.1.2 İşlem Öncesi Dönem (2 – 7 Yaş)

Bu dönemin en önemli özelliği dil gelişiminin ortaya çıkmasıdır. Bu dönemin başlarında soyut temsil becerisi gelişmeye başlar.¹⁵

2.1.3.1.3 Somut İşlemler Dönemi (7 – 12 Yaş)

Bu dönemde çocukların problem çözme konusundaki yetenekleri gelişmeye başlar. Bu çocukların olaylara daha fazla sonuç ve bakış açısı ile bakmaya başlaması sayesinde mümkün olur.

Bu dönemin en önemli özelliklerinden biri korunum ilkesinin kazanımıdır. Korunum ilkesi bir nesnenin görünümünü değişse de sayı miktar, ağırlık, hacim gibi belli özelliklerinin değişmemesidir. Bu sayede çocuk bir nesnenin dış özellikleri değişse de iç özelliklerinin aynı kaldığını bilir.¹⁵

2.1.3.1.4 Soyut İşlemler Dönemi (12 Yaş Sonrası)

Bu dönemde çocuklar soyut düşünme yeteneğini kazanırlar. Mantıksal ayrımlar yapma, akıl yürütme gibi yetileri bu dönemde edinmeye başlarlar. Piaget soyut düşünme yetisini uyum sağlama çabası olarak nitelendirir. Bireyde muhakeme yeteneği de bu dönemde gelişmeye başlar.¹⁵

Çocuk soyut işlemler döneminde özellikle ergenlik döneminde olduğu için kendi fikirlerinin en doğru olduğunu, herkesin kendisiyle uğraştığını ve kimseye yaranamadığını düşünür. Bu dönem, çocuğun karşılaştığı problemleri yetişkin gibi çözdüğü ya da yeni karşılaşılan durumlarda yetişkin gibi kararlar aldığı anlamına gelmez.¹⁵

Bu dönemde çocuk; davranışlarının sonuçlarını öngörebilme, çevresindeki olaylara ve verileri değerlendirebilme, geçmişe ve geleceğe yönelik tüm kombinasyonları ve olasılıkları kavrayabilme becerileri kazanır. Fakat her çocuk aynı sürede veya aynı düzeyde soyut işlemler dönemine geçemeye bilmekte veya soyut işlemleri yaşamının her alanında uygulayamaya bilmektedir. Bu dönemin bunun gibi özellikleri çocuklarda özellikle ceza sorumluluğunu değerlendirirken göz önünde bulundurulmalıdır.¹⁶

2.1.4 Zekâ Kavramı

Zekâ, insan zihninin öğrenme, öğrendiklerini kullanabilme, yeni durumlara uyum sağlayabilme ve yeni çözüm yolları üretebilme yeteneğidir. Zekâ; zihnin algı, hafıza, düşünme, muhakeme, öğrenme gibi birçok işlevini içermektedir.¹⁷

Binet'e göre zekâ, iyi akıl yürütme, iyi hüküm verme ve kendini aşma kapasitesidir. Davis'e göre zekâ, edinilen bilgilerden yola çıkarak karşılaşılan sorunları çözme yeteneğidir. Terman'a göre zekâ, soyut düşünebilme kabiliyetidir. Thorndike'a göre zekâ, birçok düşünsel becerinin karışımıdır ve mekanik, sosyal ve soyut zekâ şeklinde üç ana başlıkta

incelenmelidir. Weschler'e göre zekâ, bireyin amaçlı davranma, mantıklı düşünme ve çevresiyle ilişkilerde etkili olma yetisinin tümüdür.¹⁸

Bilimsel literatürde önce zihinsel özür, zihinsel engellilik, zihinsel yetersizlik veya en yaygın tabirle zekâ geriliği gibi terimlerle ifade edilen zekâ düzeyinde düşüklük kavramı, DSM-IV'de Mental Retardasyon olarak belirtilirken, DSM-V'de Nörogelişimsel Bozukluklar başlığı altında Entelektüel (Anlıksal) Yeti Yitimi olarak yer almaktadır. Entelektüel Yeti Yitimi görülme oranı dünya nüfusuna kıyasla %1 olarak bildirilmektedir. Entelektüel Yeti Yitimi bireyin gelişimsel evrelerinin başında ortaya çıkan, hem entelektüel hem de uyumsal işlevlerde bozulmayı içeren bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.¹⁹⁻²¹

DSM-IV ve ICD-10'da hafif (IQ 50-70), orta (IQ 35-49), ağır (IQ 20-34) ve çok ağır (IQ <20) olmak üzere çeşitli zekâ geriliği seviyeleri belirlenmiştir. DSM-5 ile birlikte "zekâ geriliği" yerine "Entelektüel Yeti Yitimi" ismi kullanılmaya başlanmış, "Entelektüel Yeti Yitimi" nörogelişimsel bozukluklardan biri olarak gruplandırılmış ve tanı kriteri olarak zeka katsayısında iki ya da daha fazla standart sapma olması ve başlangıcın gelişimsel süreçte başlaması kriterleri tanımlanmıştır.²²

Kişide entelektüel yeti yitiminden bahsedebilmek için tasarlama, akıl yürütme, yargılama, soyut düşünme, sosyal ve deneyimleme yoluyla öğrenme gibi entelektüel işlevlerin düzeyi, bireysel bağımsızlık kazanma, sorumluluk alabilme, sosyokültürel ölçüleri karşılama yeterliliği ve sürekli bir destek sağlanmaksızın ev, okul ve iş ortamı gibi farklı sosyal çevrelerde gündelik hayatın bir ya da birden çok etkinliğinde işlevsellik düzeyinde kısıtlılık olup olmadığı değerlendirilmektedir.²¹ Entelektüel yeti yitimine; kromozomal bozukluklar, çeşitli sendromlar, prenatal ve perinatal faktörler (enfeksiyonlar, sigara - alkol – madde kullanımı, travmalar, çevresel maruziyetler vd.), doğum sonrası geçirilen enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, travmaya maruz kalma gibi bir çok çevresel ve genetik faktör neden olmaktadır.²¹

Çalışmada zekâ geriliklerinden Entelektüel Yeti Yitimi yerine raporlarımızda da belirtildiği şekliyle ve halen yaygın olarak kullanılan biçimiyle Mental Retardasyon (MR) şeklinde bahsedilecektir.

2.1.4.1 Zekâ Gerilikleri

Pek çok araştırmacıya göre zekâ doğuştan gelir ve büyük ölçüde kalıtımın etkisiyle şekillenir. Zekânın şekillenmesinde çeşitli çevresel faktörlerin de etkisi bulunmaktadır. Bunlara doğum öncesi ve doğum sırasındaki nedenler, çocuğun geçirdiği travmalar, geçirilen bazı hastalıklar, eğitim, ailenin sosyoekonomik düzeyi örnek verilebilir. Tüm bunların

yanında çocuğun zekâsı çevrenin etkisinden ari olabilmektedir. Çocuk ne kadar zekiye çevrenin etkisi o ölçüde azalmaktadır.²³

Amerika Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği'nin 2002 senesinde zekâ geriliği hakkında yaptığı tanımlama şu şekildedir; *“Zihinsel işlevlerde ve uyumsal davranışlarda gözlenen önemli düzeyde sınırlılıkların karakterize ettiği; bilişsel, sosyal ve pratik uyumsal becerilerde kendini gösteren bir yetersizlik türüdür ve bu yetersizlik türü 18 yaşından önce ortaya çıkmaktadır.”*

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) on adet zekâ geriliği düzeyi belirlemiştir. Bu zekâ düzeylerinin Wechsler puanlarına göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.²⁴

Tablo 1: Weschler puanlarına göre zekâ düzeyleri

Zekâ Katsayısı (IQ)	Zekâ Sınıfı
0 - 20	Derin Zekâ Geriliği
21 - 35	Ağır Derecede Zekâ Geriliği
36 - 50	Orta Derecede Zekâ Geriliği
51 - 70	Hafif Derecede Zekâ Geriliği
71 - 79	Sınır Zekâ Düzeyi
80 - 89	Donuk Zekâ Düzeyi
90 - 109	Normal Zekâ Düzeyi
110 - 129	Parlak Zekâ Düzeyi
130 - 159	Üstün Zekâ Düzeyi
159 ve üstü	Çok Üstün Zekâ Düzeyi

Zekâ geriliği tanısı çoğu kez detaylı, standart hale getirilmiş değerlendirmeler ve geniş zamanda elde edilen klinik gözleme dayanılarak konulmaktadır.

Klinik değerlendirmenin ardından toplumun normlarına göre standardize edilmiş zekâ testleri uygulanmaktadır. Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları pratiğinde, 4-6 yaş aralığındaki çocukların değerlendirilmesinde “Wechsler Okul Öncesi ve Birinci Sınıf Zekâ Ölçeği” (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, WPPSI) ve 6-16 yaş aralığındaki çocukların değerlendirilmesinde “Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği” (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC) yaygın olarak kullanılan ölçeklerdir.

Entelektüel yeti yitimi tespit edilen çocukların okul döneminde sosyal becerilerinin artırılması, okula devam etmelerinin sağlanması ve ihtiyaçları olan psikososyal hizmetlerden yararlanmaları, akademik başarı seviyesinin azami derecede artırılmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınması sağlanmalıdır. Bu çocuklarda kendine zarar verme, çaresizlik hissine kapılma, öfke patlaması, şiddet gibi içe ve dışa dönük çeşitli davranış bozuklukları görülebilmektedir. Bu sebeple biyopsikososyal etkenler üzerinde çalışılarak davranış bozukluklarına yönelik medikal tedavilerin ve psikoterapilerin uygulanması elzemdir. Yeti yitimi olan çocukların aileleri ile yürütülen çalışmalarda sosyal hayata uyum ve sorun çözebilme becerisi kazanmaları, çevresel stres faktörleriyle mücadele edebilmelerini sağlamak amacıyla sosyal desteğe yönelik uygulamalar önemlidir.²⁵

2.1.4.2 Weschler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC)

Weschler Intelligence Scale for Children (WISC) Türkçesi “Weschler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WÇZÖ)”, Klinik Psikolog David Weschler tarafından 1949 yılında hazırlanmış olan, çocukların zihinsel performanslarını tespit etmek amacıyla geliştirilmiş bir zekâ ölçeğidir. Bu ölçek 1974 yılında yine David Weschler tarafından gözden geçirilmiş ve WISC-R (R: Revised) şeklinde kullanılmaya başlanmıştır. Ölçek, Savaşır ve Şahin tarafından 1983 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. WISC-R Testinin Türkçe biçimi 1995 yılında Türk Psikologlar Derneği tarafından kullanıma sunulmuştur.²⁶

WISC – R günümüzde zekâ geriliği olan çocukların tıbbi tanısında, üstün yetenekli öğrencilerin belirlenmesinde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun saptanması gibi alanlarda oldukça yaygın kullanılan ölçme araçlarından biridir. Daha sonra bu ölçek WISC III (Kaufman, 1991), WISC-IV (Pearson, 2014) ve WISC-V (Pearson, 2014) şeklinde güncellemeler almıştır.

2.2 Adalet Sisteminde Çocuğun Yeri

Adalet sisteminde çocuk, daha çok “korunmaya ihtiyacı olan çocuk” ve “suça sürüklenen çocuk” olarak karşımıza çıkar. Korunmaya ihtiyacı olan çocuk kavramı; fiziksel, zihinsel, sosyal, duygusal gelişimi ve/veya güvenliği tehlikede olan, istismar veya ihmal mağduru çocuğu tanımlarken, suça sürüklenen çocuk kavramı; kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası üzerine hakkında soruşturma yapılan veya işlediği fiil nedeniyle hakkında güvenlik tedbirine hükmolunan çocuğu tanımlanmaktadır.²⁷ Adli tıp çalışma disiplini en çok bu iki gruptaki çocuk olgularla karşılaşmaktadır.

Adli psikiyatri çalışma disiplininin kapsamına kişinin hukuki ehliyetinin tespiti, kişinin hür iradesi ile ve sağlıklı karar verebilme yetisinin tespiti, çocuklarda ve erişkinlerde cezai sorumluluğun tespiti, kişinin psikososyal gelişiminin ve yeterliliğinin tespiti, ruhsal travmalar nedeniyle ve travma dışı nedenlerle meydana gelen maluliyetler, travmaların ruhsal etkilerinin değerlendirilmesi gibi konular girmektedir.²⁸

Çocukların dahil olduğu adli olaylarda yargılama süreçleri erişkinlerden farklıdır. Bu süreçlerin ayrılması ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde 1899 yılında gerçekleşmiştir. Ardından hızla birçok ülkede yaygınlaşmış, ülkeler kendilerine özgü çocuk yargılama sistemlerini uygulamaya koymuşlardır.²⁹

Bu süreç ülkemizde 1940 yıllarında başlasa da ilk kez 1979 yılında 2253 sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun ile yasada yer bulmuştur. Büyük şehirlerde çocuk mahkemeleri kurulmaya başlanmış, her 100000 nüfusa 1 çocuk mahkemesi kurulması planlanmıştır.³⁰

Güncel olarak çocuk adalet sisteminin temel prensipleri ülkemizde 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu'nun 4. Maddesi ile belirlenmiştir. Bu ilkeler kanunda;

- a) Çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması,*
- b) Çocuğun yarar ve esenliğinin gözetilmesi,*
- c) Çocuk ve ailesinin herhangi bir nedenle ayrımcılığa tabi tutulmaması,*
- d) Çocuk ve ailesi bilgilendirilmek suretiyle karar sürecine katılımlarının sağlanması,*
- e) Çocuğun, ailesinin, ilgililerin, kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği içinde çalışmaları,*
- f) İnsan haklarına dayalı, adil, etkili ve süratli bir usul izlenmesi,*
- g) Soruşturma ve kovuşturma sürecinde çocuğun durumuna uygun özel ihtimam gösterilmesi,*
- h) Kararların alınmasında ve uygulanmasında, çocuğun yaşına ve gelişimine uygun eğitimi ve öğrenimini, kişiliğini ve toplumsal sorumluluğunu geliştirmesinin desteklenmesi,*
- i) Çocuklar hakkında özgürlüğü kısıtlayıcı tedbirler ile hapis cezasına en son çare olarak başvurulması,*
- j) Tedbir kararı verilirken kurumda bakım ve kurumda tutmanın son çare olarak görülmesi, kararların verilmesinde ve uygulanmasında toplumsal sorumluluğun paylaşılmasının sağlanması,*

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

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

Tüm bu süreçlerde en önemli noktalardan biri de çocuklar için koruyucu ve destekleyici tedbirlerin alınmasıdır. Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) 56. Maddesinde çocuklara özgü güvenlik tedbirlerinin neler olduğu kanunda belirtilmiştir. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’nun 5. Maddesinde çocuklara özgü koruyucu ve destekleyici tedbirler ve bu tedbirlerin hangi durumlarda uygulanacağı bildirilmiştir.

ÇKK’nın 5. maddesinde; “*Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir. Bunlardan;*

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

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

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

d) Sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına,

e) Barınma tedbiri, barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaya yönelik tedbirdir.” şeklinde bahsedilir.

Mağdur ya da suça sürüklenen çocukların yargılama süreçlerinde ilk karşılaştıkları merci genelde kolluk kuvvetleri olmaktadır. Bu nedenle bu birimlerde çalışan görevlilerin bu alanda eğitim almış ve uzmanlaşmış kişilerden oluşması önemli ve kıymetlidir.

Cumhuriyet savcılarının sorumluluğunda yürütülen kovuşturma ve soruşturma sürecinde çocuğun üstün yararı ilkesi azami ölçüde göz önünde bulundurulmalıdır. Gerekli durumlarda ivedilikle ilgili mahkemeden tedbir kararları çıkarılmalı, süreç boyunca çocuğun ifşa olması engellenmeli, tüm aşamaların gizliliğine özen gösterilmelidir. Tüm bu ilkelerden Beijing Kuralları'nda açıkça bahsedilmektedir.³¹

2.2.1 Çocuk ve Ergenlerin Adli Tıbbi Değerlendirilmesi

Ülkemizde ve dünyada çocuk ve ergenlerin konu olduğu davaların sayısı günden güne artmaktadır. Bu durumda bu alanda çalışan hekimler olguların adli ve ruhsal boyutları ve mesleki uygulamalar konusunda daha fazla tecrübeye gereksinim duymaktadır. Çocuk ve ergen adli olgular bilirkişi değerlendirmesi amacıyla çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları veya adli tıp çalışma birimlerine yönlendirilmektedir.³²

Çocuklar, davalara sıklıkla istismar mağduru olma, suça sürüklenme, velayet, erken evlenme, evlat edinilme, maluliyet tespiti gibi sebeplerle konu olmaktadır. Bu tür olgular üniversitelerde Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezleri ile Adli Tıp Anabilim Dalları'nda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde Çocuk İzlem Merkezleri'nde ve ayrıca Adli Tıp Kurumu ve Adli Tıp Kurumu Şube Müdürlükleri'nde değerlendirilmektedirler.

2.2.1.1 Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezleri

Ülkemizde Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezleri başta ihmal ve istismar mağduru çocuklar olmak üzere adli nitelikli çocuk olguların değerlendirilmesi, tanı, tedavi, korunma ve izlenme ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla kurulmaktadır. Üniversite bünyesinde kurulan ve üniversite hastanesinde faaliyet gösteren bu merkezler başta ihmal ve istismar mağduru çocuk olgular olmak üzere, tüm adli nitelikli çocuk olguların değerlendirilmesinde önemli rol üstlenmektedirler.³³

Ülkemizin Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ile yaptığı işbirliği ile geliştirilip Avrupa Birliği'nin finansal ve UNICEF'in teknik desteği ile 2008-2009 yıllarında hayata geçirilen “Önce Çocuklar: Çocuk Koruma Mekanizmalarının İl Düzeyinde Modellenmesi Projesi” kapsamında bazı alt projeleri, üniversiteler ve barolar yürütmüşlerdir. Bu projelerden biri olan “üniversitelerde çocuk koruma merkezleri

yapılandırılması” çalışmaları, “Üniversite Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezlerinin” kurulmasının önerilmesiyle sonuçlanmıştır. Yine projenin bir ürünü olarak “*Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı*” da hazırlanmıştır. Bu kılavuzda üniversiteler bünyesinde bir Uygulama ve Araştırma Merkezi kurulabilmesi için, ilgili üniversite senatosunun teklifi ve YÖK’ün izni ve onayı gerektiği ifade edilmektedir.³³

Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi de bu gelişmeler kapsamında 2010 yılında kurulup faaliyete başlamıştır. Bu merkezde adli makamlar tarafından yönlendirilen her türlü çocuk olgunun başta ruhsal olmak üzere sistematik bir değerlendirmesi yapılmaktadır. Başta mağdur ve suça sürüklenen çocuklar olmak üzere, maluliyet tespiti, yaş tayini, erken evlenme izni, kati rapor düzenlenmesi gibi nedenlerle yönlendirilen olguların değerlendirmesi yapıp raporları düzenlenmektedir.

2.2.1.2 Adli Tıp Anabilim Dalları

Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dalları adli nitelikli çocuk olguların değerlendirildiği önemli merkezlerden bir tanesidir. Adli makamlardan resmi yazı ile gönderilip hastaneye başvuran olgular, öncelikle adli tıp kliniklerine yönlendirilmektedir. Adli tıp anabilim dallarının polikliniklerinde değerlendirilen olgular, multidisipliner bir değerlendirme için olgunun özelliklerine göre ilgili kliniklere konsülte edilmektedir. Bu noktada adli tıp anabilim dalı ile çocuk koruma birimlerinin uyumlu çalışması çocuğun yüksek yararı ilkesinin korunması için de kritik öneme sahiptir.

2.2.1.3 Adli Tıp Kurumu ve Adli Tıp Şube Müdürlükleri

Adli Tıp Kurumu ve bu kuruma bağlı olarak ülkemizde tüm şehir merkezlerinde ve hatta bazı ilçelerde kurulan Adli Tıp Şube Müdürlükleri adli nitelikli çocuk olguların değerlendirilmesinde sık sık görüşlerine başvuru alan birimlerdir. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı’nın 6. İhtisas Kurulu mağdur veya suça sürüklenen çocukların adli tıbbi değerlendirmesinde faaliyet göstermektedir. 15/07/2018 tarihli 30479 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Cumhurbaşkanlığı Genelgesi’nde Adli Tıp Kurumu 6. İhtisas Kurulu’nun görevleri; “*Adli Tıp Altıncı İhtisas Kurulu; yaş küçüklüğü, sağır ve dilsizlik ile çocuk düşürme, düşürme veya kısırlaştırma, cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, genel ahlaka ve aile düzenine karşı suçlar, cinsel iktidar tespiti, fiile karşı kendisini savunup savunamayacağı hususları ile yaş belirlemesi ve cinsiyete ilişkin işler hakkında bilimsel ve teknik görüşlerini*

bildirir.” şeklinde belirtilmiştir. Adli Tıp Kurumu Şube Müdürlükleri de bu kapsamda adli olaylara konu olmuş çocukların adli tıbbi değerlendirmesinde görev almaktadırlar.

2.2.1.4 Çocuk İzlem Merkezleri

Adli olaylara konu olmuş çocukların tıbbi değerlendirilmesinde 2010’lu yıllarda kurulmaya başlanan Çocuk İzlem Merkezleri’nin (ÇİM) de rolleri gittikçe artmaktadır.

Çocuk İzlem Merkezleri ile ilgili ilk yasal düzenleme; Hâkimler ve Savcılar Yüksek Kurulunun 18.01.2011 tarihli ve 10No’lu “*Soruşturma Usul ve Esasları*” konulu Genelgesinin 48’nci maddesinde “*Özellikle cinsel istismar suçunun mağduru olan çocukların etkin bir şekilde korunmalarının sağlanması, ikincil mağduriyetlerinin önlenmesi, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitilmiş kişiler tarafından tek seferde yapılması ve istismarı önleyici tedbirlerin alınması amacıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde kurulan Çocuk İzlem Merkezlerinde soruşturma işlemlerinin yapılmasının sağlanması*” şeklinde karşımıza çıkmaktadır. 04.10.2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konulu 2012/20 No’lu Genelgede de ÇİM’lerin işleyişleri hususunda temel prensiplere yer verilmiştir.³⁴

Çocuk İzlem Merkezleri hastane içinde, dışarıdan bakıldığında fiziki olarak hastanenin diğer bölümlerinden ayırt edilemeyecek biçimde yapılandırılmaktadır. İç donanımı ise adli ve tıbbi işlemlerin eksiksiz şekilde yapılabilmesi, çocukların kendilerini güvende ve rahat hissetmeleri için tasarlanmaktadır. Bu birimlerde çalışan personelin özel bir eğitimden geçerek çocukla görüşme teknikleri, yasal düzenlemeler ve rapor yazma konularında bilgilendirilmesine özen gösterilmektedir. Görüşmeler ve muayeneler sonrasında elde edilen bilgilerin kayıt altına alınması ve veri güvenliğinin en üst düzeyde sağlanması öncelenmektedir. Bu ilkeler doğrultusunda İlk ÇİM Ankara’da 2010 yılında kurulmuştur.³⁴ Aradan geçen zaman içinde tüm şehirler henüz ÇİM kurulmasa da pek çok şehirde kurulmuştur.

2.3 Suça Sürüklenen Çocuklar ve Çocuklarda Ceza Sorumluluğu

Bu bölümde suça sürüklenen çocuklardan, çocuklarda suça sürüklenmenin epidemiyolojisinden ve risk faktörlerinden ve çocuklarda ceza sorumluluğundan bahsedilecektir.

Suç; yasa tarafından cezalandırılması ön görülen fiil veya topluma zarar verdiği ya da tehlikeli olduğu yasa koyucu tarafından kabul edilen ve açık olarak tanımlanan eylem ve hareketlerdir.³⁵

TDK'nın tanımında suç törelere, ahlak kurallarına aykırı davranış, yasalara aykırı davranış, cürüm olarak tanımlamıştır.⁴

Ceza hukukunda ise suç kısaca, yasanın cezalandıracağı eylem olarak tanımlanmıştır.³⁶

Suçun tanımı her toplumun kendine ait sosyal, ekonomik ve manevi koşullarına göre şekillenmektedir. Toplum değiştikçe suç sayılan eylemlerin niteliği de değişime uğramaktadır. Zaman içinde suç kavramı, önceleri tabuların yıkılması, dini kurallara karşı gelme olarak değerlendirilirken 18. yüzyıldan sonra suçun tanımı, dini kuralların dışına çıkmaya başlamıştır. Suçun zarar veren kişi ile toplum arasındaki ilişkilerde aranması gerektiği düşüncesi ortaya çıkmış; bu fikir kısa sürede yaygınlaşmıştır. Bu durum, bazı yazarlarca, rasyonel bir suç kavramının kabul görmeye başlaması olarak ifade edilmektedir.^{37,38}

Ülkemizde TCK ile suçların tanımı yapılmış ve bu suçların cezaları tayin edilmiştir. Bu kanunun amacı, “kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini kamu sağlığı ve düzenini, toplum barışını korumak ve suç işlenmesini engellemek” olarak tanımlanmıştır. Bu kanunda, ayrıca suç olarak tanımlanmayan fiillerin suç sayılmayacağı ve kanunu bilmemenin mazeret kabul edilmeyeceği belirtilmektedir.³⁷

2.3.1 Suça Sürüklenen Çocuklar

Çocukların suça sürüklenmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hem toplumsal hem de hukuki olarak önemli bir problemdir. Çocukların suça sürüklenmelerinin nedenleri, çocukların suça sürüklenmelerini önleme ve suça sürüklenen çocukların yeniden topluma kazandırılma çalışmaları tüm toplumların öncelikli konularındandır.³⁹

Çocuklarda suça sürüklenme eski bir tanımla, bir çocuktaki anti sosyal eğilimlerin yasa müdahalesi gerektirecek bir duruma dönüşmesi şeklindedir.⁴⁰

Suça sürüklenen çocuklar toplumun tüm çarpıklıkları, toplumdaki eşitsizlikler, haksızlıklar, yoksunluklarla çok yakın ilişkisi olan toplumsal bir sorundur.⁴¹

Yabancı literatürde suça sürüklenen çocuk kavramı “Juvenile Delinquency” terimiyle ifade edilmektedir. Dilimize “reşit olmayanın suçluluğu” olarak çevrilebileceğimiz bu kavram,

ülkemizde “çocuk suçluluğu” şeklinde kullanılmaktadır. Bu tanım hem çocukluk hem de ergenlik dönemini kapsamaktadır.⁴²

Uluslararası sözleşmelerde çocuk suçluluğu tanımına “29.11.1985 kabul tarihli Birleşmiş Milletler Çocukların Yargılanması ile İlgili Uyulması Gereken Standart Asgari Kurallar (Beijing Kuralları)” ile ilgili bildiride rastlanmaktadır. Bu bildiriye göre çocuk suçluluğu, “ilgili hukuk sistemleri uyarınca, bir suçu işlemesi ile ilgili olarak yetişkinlerden farklı şekilde muamele edilen küçük veya gencin, kanuna göre cezalandırılabilir olan (ihmal veya hareket ile işlenen) her türlü davranışı” olarak tanımlanmaktadır.⁴²

ÇKK’da da yasalarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan veya işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik önlemi kararı alınan çocuklar “suça sürüklenen çocuk” olarak tanımlanmıştır.⁹

ÇKK ile, çocukların suç işleyen bir suçlu olarak görülmesi yerine suça sürüklenmiş olduğu kavramı benimsenmiş; fail çocuğun aynı zamanda suçun mağduru olduğu kabul edilmiştir. Bu yaklaşımla suça sürüklenen çocuğun cezalandırılmasından ziyade korunması amaçlanmıştır.⁴³

Çocukların suça sürüklenmesini yetişkinlik döneminde işlenen suçlardan ayırt eden en önemli özellik ise, bu dönemin gelişiminde problemlili evre ya da geçiş evresi olarak adlandırılan ergenlik dönemine rastlamasıdır.⁴⁴

2.3.2 Çocuklarda Ceza Sorumluluğu ve Hukuki Düzenlemeler

Ceza sorumluluğu kabaca bireyin işlemiş olduğu suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu eylemle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır.

Adli tıbbi yaklaşımda ceza sorumluluğu ise sanığın kendisine isnat edilen suç eylemini işlediği sıradaki zihinsel durumu, yani kişinin iyiyi kötüden, doğruyu yanlıştan ayırt edebilme ve davranışlarını kontrol edebilme yeteneği olarak kabul edilir.⁴⁵

Suçta sürüklenen çocuklarda ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı ülkeden ülkeye değişmektedir. Oklahoma (ABD), Belize, Gana, Hindistan, İrlanda, Liechtenstein, Malawi, Nijerya, Papua Yeni Gine, Singapur, Güney Afrika Cumhuriyeti, Pakistan, Sudan, Ürdün, Tazmanya ve Hong Kong’da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 7 olarak; Nevada (ABD), Washington, Bermuda, Keyman Adaları, Cebelitarık, Kenya, Kuzey İrlanda, İskoçya, Sri Lanka, Batı Samoa ve Zambiya’da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 8 olarak; İran (kızlar

için) ve Malta'da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 9 olarak; İngiltere, Galler, Colorado (ABD), Avustralya, Fiji, Guyana, Kiribati, Malezya, Yeni Zelanda ve Vanuatu'da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 10 olarak; Oregon (ABD), Kanada, Yunanistan, Jamaika, Hollanda, San Marino ve Uganda'da ülkemizde olduğu gibi ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 12 olarak; Fransa, New York (ABD), Georgia (ABD), Illinois (ABD) ve Cezayir'de ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 13 olarak; İtalya, İspanya, California (ABD), Teksas (ABD), Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Macaristan, Japonya, Letonya, Litvanya, Çin Halk Cumhuriyeti, Mauritius, Romanya, Slovenya, Tayvan, Rusya ve Vietnam'da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 14 olarak; Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Finlandiya, İzlanda, Norveç, Slovakya, İsveç, İran (erkekler için) ve Mısır'da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 15 olarak; Andorra, Macau, Polonya, Portekiz ve Arjantin'de ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 16 olarak; Belçika, Panama, Peru, Brezilya, Kolombiya, ve Lüksemburg'da ceza sorumluluğunun başlangıç yaşı 18 olarak belirlenmiştir.²⁸

Türk Ceza Kanunu'nda 31, 32, 33 ve 34. maddelerde ceza sorumluluğu ile ilgili yasal düzenlemelere yer verilmiştir. Bu düzenlemelerden 31. ve 33. madde ile suça sürüklenen çocuklarda ceza sorumluluğu düzenlenmiştir.

31. maddenin 1. fıkrasında 0-12 yaş arası çocukların herhangi bir ceza sorumluluğunun olmadığı, gerekli hallerde mahkemelerin koruyucu tedbirler alacağı belirtilmiştir. Bu gerekli haller söz konusu eylemin ağır ceza gerektiren bir eylem olması olarak tanımlanmıştır. 31. maddenin 2. fıkrasında ise 13 yaşına basmış ve 16 yaşından gün almamış olan çocukların, işlediği iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiil ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişip gelişmediğinin saptanmasının gerekliliğinden bahsedilmektedir. Çocuk işlemiş olduğu fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabiliyor ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirebiliyor ise aynı suçu işleyen yetişkinler için öngörülen cezalara göre daha az ceza almaktadır. Eğer bu yeteneklerinin yeterince gelişmediği tespit edilirse ceza almamakta, çocuklara ya da akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunmaktadır. 16 yaşından gün almış fakat 18 yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğundan ise 31. maddenin 3. fıkrasında bahsedilmektedir. Bu yaş grubunda çocuğun ceza sorumluluğunu etkileyecek herhangi bir ruhsal hastalığı yoksa ceza ehliyetinin tam olduğu kabul edilir. Ancak yine de yaş küçüklüğü nedeniyle öngörülen cezadan bir miktar indirim yapılmaktadır. Ergenin ceza sorumluluğunu kısmen azaltan bir ruhsal hastalık varlığında ise yine cezai sorumluluğunun olduğu kabul edilir ve öngörülen cezadan 1/3 oranında indirim yapılır. Ceza sorumluluğunun olmadığı durumlarda ise ilgili

güvenlik tedbirlerinin uygulanmasına karar verilir. Bu yaş grubunda 12- 15 yaş grubundan farklı olarak ergenin fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmişliği değil, akıl hastalığı nedeni ile işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilmesi veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp azalmadığı değerlendirilir.

TCK'nın 33. Maddesinde ise ceza sorumluluğu için yaş sınırları, sağır ve dilsizlerin zihinsel gelişimlerinin normalden daha geri olduğu düşünülerek değiştirilmiştir. Buna göre fiili işlediği sırada çocuk 15 yaşını doldurmamış ise ceza sorumluluğu yoktur. Fiili işlediği sırada çocuk, 18 yaşını doldurmamış ise algılama ve yönlendirme yeteneklerinin olup olmadığına bakılır. Fiili işlediği sırada kişi 18 yaşını doldurmuş ancak 21 yaşını doldurmamış ise yaşa göre ceza sorumluluğu olup olmadığına bakılır.^{9,46}

2.3.3 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Epidemiyolojisi

Dünyada ve ülkemizde çocuk ve ergenlerle ilgili adli davaların giderek artış gösterdiği bildirilmiştir.⁴⁷ Amerika'da 1985 yılından 2008 yılına kadar %43 oranında bir artış meydana geldiği bildirilmiştir.⁴⁸ Avustralya'da suça sürüklenen çocukların sayısında 1981 yılından itibaren belirgin bir düşüş başladığı, fakat 2004 yılında itibaren bu düşüşün yerini yükselişin aldığı bildirilmiştir.⁴⁹

TÜİK verilerine bakıldığında ülkemizde suça sürüklenme nedeni ile güvenlik birimlerine 2013 yılında 115 bin 439, 2014 yılında 117 bin 486, 2015 yılında 118 bin 245, 2016 yılında 108 bin 675, 2017 yılında 107 bin 984 çocuğun getirildiği, 2016 yılında suça sürüklenme nedeniyle adli süreçten geçen çocukların %36,1'ine yaralama, %23,1'ine hırsızlık, %10'una 5682 Sayılı Pasaport Kanunu'na muhalefet, %5,5'ine uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak, satmak veya satın almak, %3,5'ine cinsel suçlar, %3,4'üne mala zarar verme, %3,3'üne ise tehdit suçu isnat edildiği görülmüştür.⁵⁰

Ülkemizde ve bazı Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda 14 yaşın suça sürüklenmenin en çok görüldüğü yaş olduğu belirlenmiştir.⁴⁴

Yapılan araştırmalarda mala yönelik suçlarda 14, adam yaralama ve cinsel suçlarda 15 yaşın en sık suça sürüklenme yaşı olduğu bildirilmiştir.⁵¹

2.3.4 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Risk Faktörleri

Çocukların suça sürüklenmesinde risk faktörleri, bireysel ve çevresel faktörler olarak iki ana grup halinde sınıflandırılabilir.

2.3.4.1 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Bireysel Risk Faktörleri

Çocukların suça sürüklenmesine neden olan bireysel faktörlerde çocuğun organik özellikleri ve psikiyatrik özellikleri çocuk suçluluğu açısından önemli unsurlardır.⁵²

2.3.4.1.1 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Organik Risk Faktörleri

Bazı organik patolojilerin, suça sürüklenen çocuklarda toplum ortalamasına göre daha fazla saptandığı ve bu rahatsızlıkların bazılarının genetik alt yapısının bulunduğu bildirilmiştir.⁵³

Annenin gebelik döneminde yetersiz beslenmesi, ilaç, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanması, psikolojik ve fiziksel şiddete maruz kalması, radyoaktif ışınlara maruz kalması, zor doğum öyküsü, kötü doğum koşulları ve doğum sonrası uygun olmayan bakım gibi nedenler çocuk suçluluğunun biyolojik faktörleri olarak bildirilmiştir.⁵⁴

Vücuttaki bazı fiziksel özürlerin, özür sahibinin bu durumu utanç verici olarak algılamasına neden olabileceği, bu durumun da gerçeklikten kaçma veya kusuru telafi etme dürtüsüyle suça sürüklenmeye neden olabileceği bildirilmiştir.⁵⁵

2.3.4.1.2 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Psikiyatrik Risk Faktörleri

Suçta sürüklenen çocuk gruplarının, aynı yaş grubundaki diğer çocuklar ile karşılaştırıldığında, suça sürüklenen çocuk popülasyonunda yüksek oranda ruhsal bozukluk olduğu, suça sürüklenen çocukların en az %50-70'inde psikiyatrik rahatsızlık olduğu, genel ergen popülasyonunda bu oranın %9-21 arasında olduğu bildirilmiştir.⁵³

Davranış bozuklukları, madde bağımlılığı ve sigara bağımlılığının suça sürüklenen çocuklarda sık karşılaşılan tanılardan olduğu bildirilmiştir.^{53,55}

Zekâ geriliğinin suça sürüklenmede önemli bir risk faktörü olduğu, zekâ geriliği bulunan suça sürüklenen çocukların normal veya yüksek zekâ düzeyine sahip suça sürüklenen çocuklara kıyasla davranışsal ve bilişsel olarak daha dürtüsel olup, empati ve suçluluk duygusu açısından daha yetersiz olduğu, bu çocukların da kolay yönlendirilme, yargılama becerisinde zayıflık gibi nedenlerle suça sürüklenebileceği bilinmektedir.^{53,56,57}

2.3.4.2 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Çevresel Risk Faktörleri

Çocukların suça sürüklenmesinde çevresel faktörlerin bireysel faktörlerden daha fazla etkili olduğu, hatta birçok bireysel faktörün kaynağında çevresel faktörlerin bulunduğu şeklinde yaygın bir görüş mevcuttur.⁵⁸ Çevresel risk faktörleri ev ve aile ortamı, okul ve

arkadaş çevresi, çocuk işçiliği, yaşanılan çevre, doğum yeri ve göç ile ilgili faktörler olarak genellenebilir.

2.3.4.2.1 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Aile ve Ev Ortamı ile İlişkili Risk Faktörleri

Aile, bireyin kişiliğini şekillendiren temel toplumsal faktör olarak kabul edilmektedir. Yaşamın ilk yıllarında aile ortamı; birey üzerinde güçlü ve kalıcı etkiler göstererek düşünce ve duyguların, normlar ve değerlerin şekillenmesinde büyük rol üstlenir. Aile tüm bu rolleri nedeniyle, çocukta suça sürüklenme davranışını engelleyici veya ortaya çıkarıcı katkılarda bulunabilmektedir.⁵⁹

Parçalanmış aile, olumsuz ebeveyn tutumları, çocuk üzerinde yetersiz ebeveyn kontrolü, aile içi şiddet ve gergin aile ortamı, ekonomik güçlükler gibi olumsuz koşullar çocukların suça sürüklenmesinin alt yapısını oluşturmaktadır.⁵⁹

Ailede suç öyküsü bulunan aile bireyi olması da çocuğun suça sürüklenmesinde önemli bir etkindir. Çocukların doğal öğrenme yöntemlerinden olan taklit neticesinde suç davranışlarında bulunan aile bireyleri çocukta da suç davranışının ortaya çıkmasına sebep olabilmektedirler. Ancak suçlu ebeveynlerin çocuklarının da her zaman suça sürüklendiğinin söylenemeyeceği, bazı çocukların ebeveynlerine duydukları saygı ve sevgiyi kaybederek ebeveynlerinin etkilerine karşı koyabildikleri bildirilmiştir.⁵⁵

2.3.4.2.2 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Arkadaş Çevresi ile İlişkili Risk Faktörleri

Ergenler dışarıdan gelen baskılara, özellikle de akran etkisine fazlasıyla açıktırlar. Çevrenin beğenisi veya tepkisini gözeterek bazı eylemlere kalkışabilmektedirler. Suç işlemiş olan çocukların arkadaş grubu içerisindeki saygınlığı, diğer çocukların da suç işleyerek o saygınlığa sahip olma isteğini arttırmakta ve suç işlemekten çekinmemelerine yol açmaktadır. Suçlu arkadaşı olan ergenlerin suçlu arkadaşı olmayan çocuklara göre on kat daha fazla suça eğilimli oldukları bildirilmiştir.⁶⁰

Suçta sürüklenen çocukların, suç işleyen arkadaşlarının diğer çocuklara kıyasla fazla olduğu ve bu arkadaşları ile görüşmeyi kesmedikleri, arkadaş çevresinde bu kişilerin yanında olmanın cazibeli olduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir.⁶¹

2.3.4.2.3 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Okul ile İlişkili Risk Faktörleri

Çocukların ilk sosyalleştiği alanlarından olan okul hayatı, suç davranışına itilmeye neden olan bir çok risk faktörünü bünyesinde bulundurmaktadır. Okuldan kaçma, akranlarına zorbalık yapma, çete gruplarına dahil olma, hırsızlık gibi suçlar ortaya çıkabilmektedir.⁶²

Bazı öğretmenlerin tutumlarının şiddet olgusunu arttırdığı, her dört öğretmenden birinin öğrencilerine şiddet uyguladığı bildirilmiştir.⁵⁸

2.3.4.2.4 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Çalışma Durumu ile İlişkili Risk Faktörleri

Başta okul başarısı düşük olan çocuklar olmak üzere bazı çocuklar, aileleri tarafından eğitim hayatından kopararak iş hayatına yönlendirilmektedirler. Genellikle yoksul olan bu aileler çocuklarını evin gelirine katkı sağlaması amacıyla eğitim hayatına devam ederlerken veya eğitimden koptuktan sonra niteliksiz ve güvencesiz işlerde çalıştırmaktadırlar.⁶³ Çocuk işçiliği, çocukların, psikolojik, sosyal, fiziksel, ve zihinsel gelişimini olumsuz yönde etkilemekte ve çocuğun fiziksel, duygusal, eğitimsel olarak ihmal edildiğini göstermektedir. Çocuk işçiler; ailelerinin geçimine katkıda bulunmak için, çok az bir ücret karşılığında, çoğu zaman tehlikeli koşullarda, saatlerce çalışmak zorunda kalabilmektedirler. Dolayısıyla çalışan çocukların okula gitmeleri, akranlarıyla vakit geçirmeleri, oyun oynamaları ve boş zamanlarını değerlendirmeleri mümkün olmamaktadır.⁶⁴

Çocuklar ailelerinden uzakta çalıştıklarında, doğal olarak ailelerinin koruma ve gözetiminden yoksun kalmaktadırlar. Bu durum çocukların yabancıların yönlendirmelerine, istismarlarına açık olmalarına neden olmaktadır. Çalışma ortamlarındaki diğer kişiler de suça yönelik eylemlerde bulunuyorlar ise çocuk bu durumdan etkilenmekte, çözücü, uçucu ve uyuşturucu madde kullanma, suça yönelme tehlikesi ile karşılaşmaktadırlar.⁶⁵

2.3.4.2.5 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Yaşanılan Çevre ve Doğum Yeri ile İlişkili Risk Faktörleri

Çocuğun yaşadığı yer, etrafındaki kişilerin tutumları ve çevrenin fiziksel durumu çocuğun davranışlarını etkileyebilmektedir. Kenar mahallelerde, fiziksel şartları kötü olan evlerde, suç öyküsü olan komşuların bulunduğu yerlerde yaşamak çocuk suçluluğu için önemli risk faktörlerindendir. Bunun gibi yerlerde yaşayan çocuklarda, çeteleşip birbirlerine kenetlenme ve böylece her şeyi yapabileceklerini düşünme eğiliminin olduğu bildirilmiştir.⁵⁵

Yaşadığı çevrede psikososyal, duygusal ve ahlaki gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranış örnekleri bulunan bir çocuğun, suçu algısını normalleştirilmesi olağandır. Dolayısıyla tekrarlayan bir şekilde suça sürüklenmiş olan çocukların yaşadıkları çevrenin, düşük sosyoekonomik nitelikte ve suça yöneltici karakterde olduğu bildirilmiştir.⁶⁶

Bir araştırmada ıslahevinde tutulan çocukların büyük çoğunluğunun şehir merkezlerinden, %24'ünün ilçelerden, %21'inin köylerden ıslahevine geldiği, suça sürüklenen çocukların %

79'unun kentte %21'nin kırsal alanda ikamet ettiği bildirilmiştir. Büyük şehirlerde yaşamının çocuğun suça sürüklenmesine sebep olabileceği, hızlı ve çarpık kentleşme nedeniyle ortaya çıkan olumsuz koşulların çocuğun suça sürüklenmesinde önemli bir etken olabileceği söylenebilir.⁶⁷

Ülkemizde suça sürüklenmiş çocukların yüksek oranda Marmara, Karadeniz, Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde doğduğu, bu çocukların geldikleri bölgelerin bazılarının toplumsal gelişimde sorunlar yaşanan bölgelerden oluştuğu, eğitim, sosyal denetim, aile birliği, kurumsal denetim gibi sosyalleştirme güçlerinin zayıf olduğu bölgeler olduğu bildirilmiştir.⁴²

2.3.4.2.6 Çocuklarda Suça Sürüklenmenin Göç ile İlişkili Risk Faktörleri

Ülkemizde göç nedeniyle kentlerdeki nüfus yoğunluğunun artması, bu nüfusun istihdamı için yeterli iş imkânı olmaması aileleri geçim sıkıntısına sokmakta; bunun doğal sonucu olarak hırsızlık, gasp ve cinayet suçları ve suçlularının sayısı artmaktadır.⁶⁶

Suçta sürüklenen çocukların önemli bir kısmının göç hikayesinin olduğu, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden gelen göçmen çocuklarda suça sürüklenme oranının yüksel olduğu belirtilmektedir.⁶⁸

Suçta sürüklenen çocukların yaklaşık % 60'ının ailesi İstanbul'a göç etmiş kişilerden oluşmaktadır.⁴²

Göç hikayesi olan çocukların daha çok hırsızlık ve yaralama suçlarına karıştıkları, göçün sosyal ve kültürel uyumda sorunlara neden olmasının suça sürüklenmede etkili olduğu belirtilmektedir.⁵⁴

Ayrıca mülteci çocukların ulaştıkları ülkelerde suç çetelerinin eline düşme ihtimallerinin fazla olması, çok erken yaşlarda çalışmaya başlamaları, çalışma koşullarının içerisinde barındırdığı riskler sebebiyle, bu çocukların suç işleme veya suça itilme, madde kullanma alışkanlığı kazanma ve cinsel yönden istismar edilme gibi olumsuz durumlara maruz kalma olasılıklarının arttığı bildirilmiştir.⁶⁹

2.3.5 Suça Sürüklenen Çocuklarda Adli Tıbbi Değerlendirme ve Raporlama Süreci

Suç işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yürütülen “suça sürüklenen çocuklar” da ceza sorumluluğu hususunda çeşitli değerlendirmelere tabi tutulmaktadır.

Çocuk Koruma Kanununun Uygulanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri gereğince mahkemenin, sosyal inceleme raporu ile birlikte çocuğun işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin belirlenebilmesi amacıyla adli tıp uzmanı, psikiyatrist ya da zorunluluk hâlinde diğer uzman hekimlerden görüş alması gerektiği belirtilmiştir.²⁷

Suçta sürüklenen çocuklar değerlendirilirken; çocuğun işlediği eylemin farkında olup olmadığı, bu eylemin diğer eylemlerden farkını algılayıp algılamadığı, bu eyleme kendisini yönlendiren bir akranına veya erişkine karşı koyabilme yeteneğinin olup olmadığı, bu eylemi gerçekleştirme nedeni, bu eylemin yol açtığı sorunların farkında olup olmadığı, sonuçlarına katlanıp katlanmayacağı, başkalarının zarar göreceğini bilip bilmediği, kendisine ceza verileceğini bilip bilmediği veya bunu tahmin edebilecek derecede ruhsal olgunluğa sahip olup olmadığı araştırılması gereken önemli hususlardandır. Çocuk bu hususlarda yeterli düzeyde ruhsal gelişimi olsa dahi, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin de yeterince gelişip gelişmediğinin de değerlendirilmesi zorunlu olan bir husustur.⁷⁰

Suçta sürüklenen çocukların değerlendirmesinin önemli adımlarından biri, çocuk için yapılacak olan sosyal incelemedir. Sosyal inceleme ailenin yaşadığı sosyal çevre, ev ve okul ortamı da görülerek yapılır ve bunlara yönelik rapor düzenlenir. Ayrıntılı sosyal inceleme raporunda içerik olarak suça ilişkin bilgiler, bireysel özelliklere ilişkin bilgiler, çevre (toplumsal yapı, kültür) ve aileye ilişkin bilgiler; okul, iş, arkadaş grubu ve boş zamanları değerlendirmeye ilişkin bilgiler bulunması gerekir.²⁸

Değerlendirme sürecinde çocuğun işlediği iddia edilen fiilin gerçekleşme şeklini de göz önünde bulundurulmalı, buna ilişkin bilgiler adli tahkikat evrakından alınmalı, evraktaki bilgiler ile çocuğun anlatımı arasında fark olup olmadığı da saptanmalıdır.²⁸

Suçta sürüklenen çocuğun ceza sorumluluğunu belirleme amaçlı yapılan psikiyatrik değerlendirmede yalnızca çocuktaki zekâ geriliği ve çocukluk dönemi psikiyatrik hastalıkları araştırılmamalı, çocukta soyut düşüncenin oluşumu da dahil olmak üzere çocuğun karşı karşıya kaldığı kanuni problemle ilgili özgül değerlendirmeler de yapılmalıdır.⁷⁰

Çocukların ceza sorumluluğu tespitine ilişkin yapılan incelemenin amacının, çocukta akıl hastalığı ve/veya zekâ geriliği olup olmadığının araştırılmasından ibaret olmadığı unutulmamalıdır. Zaten TCK 31. maddesinde 12-15 yaş grubundaki çocuklarda akıl hastalığı veya zekâ geriliği olmayan çocuklar için yaş küçüklüğü nedeniyle ceza sorumluluğunun olup

olmadığının araştırılması istenmektedir. Bu raporlarda mutlaka gerekçe belirtilmelidir. Gerekçe, çocuğun biyolojik ve psikososyal gelişimine ilişkin bilgileri ve gelişim durumunun olayın hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğine etkisine ilişkin değerlendirmeleri kapsayacak bir şekilde sunulmalıdır.

Suçta sürüklenen çocuklarla ilgili rapor düzenlenirken yaklaşım yalnızca sorulana cevap vermek olmamalıdır. Çocuğun yüksek yararı açısından, tespit edilen aksaklıkları ve bu aksaklıklara yönelik çözüm önerilerini paylaşmak, ihtiyaç halinde koruyucu ve destekleyici tedbir kararları (danışmanlık tedbiri, eğitim tedbiri, sağlık tedbiri, bakım tedbiri) açısından mahkemeye önerilerde bulunulması doğru ve faydalı yaklaşım olacaktır.^{8,71}

2.4 Çocuk İstismarı

Çocukların korunması toplumsal bir sorumluluktur. Çocuklarla ilgilenen her birey/meslek grubu çocukları olası zararlardan nasıl koruyacağını bilmekle mükelleftir.

Çocuk istismarı, tarihte mitolojik ve antropolojik anlatılarda sosyal, ekonomik, politik, dini, tıbbi, hukuki vs. bir çok yönü ile yer almaktadır. Bilimsel olarak çocuk istismarı belirtileri ilk kez 1860 yılında Tardieu tarafından tanımlanmıştır.⁷²

Çocuk istismarının bir sendrom olarak tanımlanması ise Caffey (1946) ile Kempe ve arkadaşları (1962) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Ülkemizde ilk çalışmalar 1990'lı yıllarda başlamış, çocuk istismarının bir ders olarak Tıp Fakültesi müfredatında yer alması 2000'li yılların başlarına rastlamaktadır.

Çocuk istismarı, yetişkinlerce gerçekleştirilen kaza dışı fiziksel, cinsel ve duygusal açıdan çocuklara zarar verici tüm eylemlerin genel tanımıdır.

DSÖ çocuk istismarını, “bir sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ya da onuru açısından fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkâr davranış veya ticari amaçlı, ya da diğer her türlü sömürü” şeklinde tariflemektedir.⁷³

Tüm dünyada özel bir öneme sahip, toplumun korunması gereken kesimini oluşturan çocuklar hem bedensel hem de psikolojik gelişim yönünden olumsuz çevresel etkilere karşı kendilerini savunma becerisini henüz kazanamadıklarından dolayı her türlü istismara açık durumdadırlar.⁷⁴

Çocuk istismarı; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak 4 ana başlık altında sınıflandırılmaktadır.

2.4.1 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismarın tanımı, epidemiyolojisi, risk faktörleri, tıbbi yaklaşım ve yasal düzenlemelerden bahsedilecektir.

2.4.1.1 Fiziksel İstismarın Tanımı

Fiziksel istismar; bir çocuğa yönelik kasıtlı olarak kullanılan fiziki güç sonucunda, etkilenen çocuğun beden ve ruh sağlığı, yaşamı, biyopsikososyal gelişimi veya onuru açısından olumsuz durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması olarak tanımlanmaktadır.³³

Kısaca fiziksel istismar, çocuğun kaza dışı bir nedenle yaralanması olarak da tanımlanmaktadır.⁷⁵

İtaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacı ile elle ve/veya herhangi bir aletle vurma, itme, tekmeleme, sallama, sarsma, ısırma, boğma, yakma, zehirlenme ve benzeri şiddet içeren eylemler ile çocuğun vücuduna iz bırakacak veya bırakmayacak şekilde zarar verilmesi olarak da tanımlanabilmektedir.⁷⁶

2.4.1.2 Fiziksel İstismarın Epidemiyolojisi

Çocuğun dövülmesi, dayakla cezalandırılması ülkemizde olduğu gibi birçok ülkede sık rastlanan ve çeşitli kültürlerce de kabul görmüş bir davranış biçimi olarak dikkati çekmektedir. Ülkemizde şiddetin çocuğun terbiye biçimi olarak algılanması, bunun hem aile içinde hem de kamusal yaşamda meşru olarak görülmesi şiddetin hem tekrar tekrar yaşanmasına hem de ortaya çıkmasının engellenmesine neden olmaktadır.⁷⁷

Fiziksel istismar, duygusal istismardan sonra en sık rastladığımız istismar biçimidir. Son yıllarda çocuk istismarı konusuna sosyal ve bilimsel anlamda ilgi ve duyarlılıkta artış olmasına karşın, ulusal düzeyde araştırma miktarı hâlen yetersizdir. Sosyal İktisadi Araştırmalar Merkezi (1985) tarafından yapılan bir araştırmaya göre; toplumumuzun % 42'si terbiye amaçlı çocuğa ceza verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Dayak, bu cezalar içinde en yaygın olarak (%68) uygulanandır.⁷⁸

Türkiye’de farklı zamanlarda farklı yaş grupları ile yapılan çalışmalarda fiziksel istismar sıklığının % 30 ila % 54 arasında olduğu saptanmıştır.⁷⁹⁻⁸¹ Ülkemizde fiziksel istismarın

yaygınlığı ve boyutları ile ilgili çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle bu sayılarda artış olup olmadığını bilmek mümkün olamamaktadır. Ancak ülkemizde çocuklara karşı şiddetin saptadıklarımızdan çok daha fazla olduğu düşünülmektedir.³³

Fiziksel istismar, sadece ülkemizi ilgilendiren bir sorun değildir. Dünyanın farklı bölgelerindeki çeşitli ülkelerde fiziksel istismar oranının % 0,5 ile % 80 arasında olduğu yapılan bazı çalışmalarda bildirilmiştir.⁸²⁻⁸⁵

Amerika’da fiziksel istismarın bebeklik döneminde başlayıp, çocukların yarısında aileyi terk edene kadar devam ettiği yapılan bazı çalışmalarda bildirilmiştir.⁴²

Yapılan başka bir çalışmada, Romanya’da anne ve babaların % 84’ünün dayaağı normal bir eğitim yöntemi olarak savundukları, % 96’sının da dayaağı zararlı bulmadığını ifade ettikleri bildirilmiştir.⁷⁸

İsveç’te yapılan yasal düzenlemeler ve düzenlenen eğitim programları ile % 65 olan fiziksel istismar oranının % 11’lere kadar gerilediğı belirtilmektedir.⁷⁸

Fiziksel istismar vakalarında, tekrar görölme olasılığının % 60, ölüm olasılığının % 10’u bulabildiğı dikkate alındığında, çocuk istismarı olgularının tanınması ve tespit edilmesi, istismarın ve buna bağılı ölümlerin engellenmesi ve alınacak önlemler bakımından elzemdir.⁷⁶

Türkiye’de çocuklar, evlerinde en fazla babalarından, okulda en fazla öğretmenlerinden ve ev dışında da tanıdıklarından fiziksel şiddet görmektedirler. Yetişkinlerden gördükleri şiddeti ise başta okulda olmak üzere birbirlerine uygulamaktadırlar. İlköğretim çağında her üç çocuktan biri düzenli olarak ve en çok sözlü zorbalığa maruz kalmakta; lisede ise sözlü zorbalığın fiziksel şiddete dönüştüğü ifade edilmektedir.⁸⁶

2.4.1.3 Fiziksel İstismarın Etiyolojisi

Çocuklara yönelik kötü muamelenin tek bir sebepten çok, pek çok risk faktörünün etkileşimi sonucu ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Bu risk faktörlerinin çocuğa, aileye ve topluma ait risk faktörleri olarak sınıflandırıldığı görölmektedir.⁸⁷⁻⁸⁹

2.4.1.3.1 Fiziksel İstismarın Çocukla İlişkili Risk Faktörleri

Gelişimsel dönemlere göre bakıldığında; ergenlik döneminde ve 3 yaş öncesinde fiziksel istismara uğrama sıklığında artış olduğu yapılan bazı çalışmalarda dikkati çekmektedir.^{88,89}

Refah düzeyinin yüksek olduğu ülkelerde kız ve erkek çocukların fiziksel istismara uğrama oranlarının eşit olduğu bildirilirken, refah düzeyinin düşük olduğu ülkelerde erkek çocukların fiziksel istismara kız çocuklarına kıyasla daha fazla uğradığı bildirilmektedir.⁹⁰

Engelli çocukların fiziksel istismara daha çok maruz kaldıkları bildirilmiştir.⁸⁷ Ancak bu durumun bir neden mi yoksa sonuç mu olduğu konusundaki görüşler fikir birliğine varmamıştır.⁹⁰ Bazı çalışmalarda ise fiziksel ve zihinsel engelli çocuklarda fiziksel şiddete uğrama riskinin artmadığı, ancak kronik davranış sorunları ve ruhsal sorunları bulunan çocukların fiziksel istismara uğrama riskinin arttığı sonucuna varılmıştır.⁹¹

Düşük doğum ağırlığı, zor mizaç ve çoğul doğum öyküsünün bulunması fiziksel istismar riskini artıran diğer başka faktörler olarak bildirilmiştir.^{88,89}

2.4.1.3.2 Fiziksel İstismarın Aile ve Ebeveynlerle İlişkili Risk Faktörleri

Babanın evde bulunmaması, annenin tek başına annelik yapmaya çalışması bir çok çalışmada çocuğun fiziksel istismar ve ihmale uğrama riskini artıran bir etmen olarak tanımlanmaktadır.³³

Eğitilmiş ve çocuğun bakımına katkı sağlayan babaların bulunduğu ailelerde, annenin çocuğa fiziksel şiddet uygulama riskinin azaldığı bildirilirken, çocukla biyolojik bağı olmayan bir erkekle yaşayan veya duygusal bir ilişkisi bulunmayan annelerin Çocuk Koruma Merkezlerine fiziksel istismar nedeniyle daha fazla yönlendirildikleri bildirilmektedir.³³

Eşler arası şiddetin yaşandığı evlerde çocuğa yönelik fiziksel şiddetin görülme olasılığı fazladır.³³

Ebeveynler arası çatışmanın yoğun, psikososyal desteğin az olduğu ailelerde fiziksel istismar riskinin arttığı bildirilmiştir.^{92,93}

Ayrıca ebeveynlerde ruhsal hastalık ve madde kullanımı öyküsü olması, düşük dürtü kontrolü, artmış stres tepkisi gibi kişilik özelliklerinin bulunması, erken yaşta ebeveyn olma, 4 veya daha fazla çocuğa sahip olma, ebeveynin kendisinde de fiziksel istismara uğrama öyküsü bulunmasının riski artıran diğer faktörlerden olduğu bildirilmiştir.^{88,89,92-94}

2.4.1.3.3 Fiziksel İstismarın Toplumsal ve Sosyal Risk Faktörleri

Fiziksel istismar tüm sosyoekonomik düzeylerde görülmekle birlikte; azınlık gruba dahil olma, kültürel uyumda yetersizlik, yoksulluk, düşük gelir düzeyi, kötü sosyal çevre, sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, çocuklara yönelik rehabilite edici etkinliklerin azlığı veya hiç

olmaması ve stresli yaşam olaylarının çocuğa yönelik fiziksel şiddet riskini artıran etmenlerden olduğu bilinmektedir.⁸⁷⁻⁸⁹

2.4.1.4 Çocuk İstismarı ve Fiziksel İstismarın Hukuki Boyutu ve Yasal Düzenlemeler

Çocuk istismarı ile ilgili olarak günümüzdeki yasal düzenlemelere de ışık tutan gelişme, 1989’da Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)’dir.

ÇHS, çocuklara yönelik tutum ve davranışlara ilişkin evrensel standartları belirleyip, tek bir hukuk metninde toplayan ve bağlayıcı olan ilk belge olma özelliğine sahiptir. ÇHS yaşam, sağlık ve eğitim alanlarında uyulacak standartları belirlemekle birlikte evde ya da işyerinde, savaşta veya iç çatışma dönemlerinde, fiziksel ve cinsel nitelikte olanlar da dahil olmak üzere, şiddete ve istismara karşı çocuklara açık bir koruma getirmeyi amaçlamaktadır.⁹⁵

ÇHS, 19. Maddesi ile sözleşmeyi imzalayan devletlere “çocuğun anne–babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel saldırı, şiddet veya suiistimale, ihmâl ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dâhil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemlerin alınması” koşulunu getirmiştir.⁹⁵

ÇHS; ülkemiz tarafından 1990 yılında kabul edilmiş, 09.12.1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından onaylanmış, 11.12.1994 tarihli 22138 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak 4058 sayılı Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun ile iç hukuk düzenlemesine uyarlanarak uygulamaya girmiş uluslararası bir sözleşmedir. Uluslararası sözleşmeler, anayasa gereği bir iç hukuk kuralı olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda uluslararası sözleşmeler iç hukukta da bağlayıcı olması nedeniyle temel hak ve özgürlükler, özellikle çocuk hakları açısından kıymetlidir.

Hukuki olarak fiziksel istismar, TCK’ya göre yaralama suçu kapsamında değerlendirilmekte olup; fiilin kasıt, ihmâl ve taksir yoluyla işlenebileceği kabulü ile farklı yaptırımlar öngörülmüştür.

TCK’da çocuğa yönelik fiziksel şiddet içeren eylemler özel bir suç olarak yer almamakla birlikte; kasten öldürme, kasten yaralama, intihara yönlendirme, işkence ve eziyet suçlarına yönelik düzenlemelerde eylemin “çocuğa, fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş kişilere, kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya

da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi” durumunda verilecek cezanın artırılmasını öngörmektedir.

Çeşitli kanun maddeleri ile (TCK’nın 278, 279 ve 280. maddeleri) sağlık çalışanlarına, kamu görevlilerine ve tüm vatandaşlara çocuk istismarını ihbar etme yükümlülüğü ve ihbar edilmemesi halinde cezai müeyyide getirilmiştir. İhbar edilmeyen suçların mağdurlarının “on beş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan engelli olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse” olması halinde verilecek olan cezaların yarı oranında artırılacağı belirtilmiştir. Ayrıca, istismar riski bulunan ya da istismar mağduru olan çocuklara yönelik koruyucu ve destekleyici tedbirler de 15.07.2005 tarihli 25876 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu ile tanımlanmıştır.

Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) yer alan intihara yönlendirme (TCK 84), kasten yaralama (TCK 86), sonucu nedeniyle ağırlaşmış yaralama (TCK 87), ihmal suretiyle yaralama (TCK 88), taksirle yaralama (TCK 89), eziyet (TCK 96) ve kötü muamele (TCK 232) suçları çocuğun fiziksel istismarı olgularında faillerin cezalandırılmasını sağlayan hükümlerdir.

2.4.1.4.1 İntihara Yönlendirme (TCK Madde 84)

Başkasını intihara azmettirme, teşvik etme, intihar kararını kuvvetlendirme, yardım etme suçudur. Eski TCK’da sonuçta ölüm gerçekleşir ise ceza öngörülmüş olmasına karşın Yeni TCK’nda suçun sonucunda ölümün gerçekleşmiş olması şartı aranmamaktadır. Bu suç en yaygın şekilde namus veya töre adı altında özellikle kız çocuklarının kendilerini öldürmeye zorlanmaları biçiminde ortaya çıkmaktadır.

TCK’nın 84. Maddesinde intihara yönlendirme suçu:

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

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

3) Başkalarını intihara alenen teşvik eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

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

2.4.1.4.2 Kasten Yaralama (TCK Madde 86)

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

TCK’nın 86. Maddesinde kasten yaralama suçu:

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

2) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması halinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

3) Kasten yaralama suçunun;

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

İşlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.” şeklinde düzenlenmiştir.

2.4.1.4.3 Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış Yaralama (TCK Madde 87)

Bu madde ile işlenen yaralama suçunun gerektirdiği cezayı ağırlaştıran nedenler düzenlenmiştir.

TCK'nın 87. Maddesinde neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama suçu;

“1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,*
- b) Konuşmasında sürekli zorluğa,*
- c) Yüzünde sabit ize,*
- d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,*
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,*

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,*
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,*
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,*
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,*
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır.*

Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

3) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılır.

4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onsekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.” şeklinde düzenlenmiştir.

2.4.1.4.4 Kasten Yaralamanın İhmali Davranışla İşlenmesi (TCK Madde 88)

Bu madde ile kasten yaralama suçunun daha az cezayı gerektiren halleri düzenlenmiştir.

TCK'nın 88. Maddesinde kasten yaralama suçunun ihmali davranışla işlenmesi durumu:

“1) Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir. Bu hükmün uygulanmasında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar göz önünde bulundurulur.” şeklinde düzenlenmiştir.

2.4.1.4.5 Taksirle Yaralama (TCK Madde 89)

Bu madde ile taksirle yaralama suçu, bu suçu ağırlaştıran nedenler ve öngörülen cezalar düzenlenmiştir.

TCK'nın 89. Maddesinde taksirle yaralama suçu:

“1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,*
- b) Vücudunda kemik kırılmasına,*
- c) Konuşmasında sürekli zorluğa,*
- d) Yüzünde sabit ize,*
- e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,*
- f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına,*

Neden olmuşsa, birinci fıkra göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,*
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,*
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,*
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,*

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

4) Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

5) Taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır. Ancak, birinci fıkra kapsamına giren yaralama hariç, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz.” şeklinde düzenlenmiştir.

2.4.1.4.6 Eziyet (TCK Madde 96)

Eziyet kişiye sıkıntı veren davranışlarda bulunulmasıdır. Yaramazlık yaptığı gerekçesi ile çocuğun her gün karanlık odada tutulması, belli zamanlarda hayvanların yanına bağlanması bu suça örnek teşkil eden davranışlardandır.⁹⁶

TCK’nın 96. Maddesinde eziyet suçu:

“1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;

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

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

İşlenmesi hâlinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.” şeklinde düzenlenmiştir.

2.4.1.4.7 Kötü Muamele (TCK Madde 232)

Vücut kabiliyeti ile orantısız iş yaptırmak, çıplak gezdirmek, uyku uyutmamak, gece sokakta yatırmak bu suça örnek teşkil eden davranışlardandır. Bu fiiller sürekli ve sistematik ise eziyet suçunu oluşturmaktadır.

TCK’nın 232. Maddesinde kötü muamele suçu:

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

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

2.4.1.5 Fiziksel İstismar Mağduru Çocuklarda Adli Tıbbi Değerlendirme Süreci

Fiziksel istismar şüphesi, çoğunlukla çocukta muayenede görülen fiziksel bulgular ile ortaya çıkmaktadır. Ancak istismarın fiziksel bulguları dışında çocukta büyüme-gelişme geriliği, davranışsal ve ruhsal değişimler saptanması da fiziksel istismarın bir belirtisi olabilir. Böyle bir durumda fiziksel istismar sorgulanmalı ve buna yönelik gerekli değerlendirmeler yapılmalıdır.

Fiziksel istismar tanısı koyabilmek için olgulardaki fiziksel bulguların ve olası hastalıkların bilimsel olarak yorumlanmasının yanında, çocuğun ruhsal olarak da değerlendirilmesi elzemdir. Yaralanma nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvuran çocuk genellikle bu konuda deneyimsiz bir hekim tarafından değerlendirilir. Bu durumda tanı koymak zor olabilir. Bu yüzden fiziksel istismar şüphesi bulunan olgularda lezyonlar ayrıntılı şekilde tariflenmeli ve fotoğraflanmalıdır. Çocuk koruma merkezleri, adli tıp anabilim dalları, ÇİM, Adli Tıp Kurumu Şube Müdürlüklerinde ve hatta Adli Tıp Kurumu 6. İhtisas Kurulu’nda değerlendirme yapılabilir. Bulguların niteliğine bağlı olarak da diğer uzmanlık alanlarından konsültasyon istenmesi gerekmektedir.³³

Fiziksel istismar tanısının koyulması ile, adli sürecin başlatılması ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’nun da sürece dâhil edilerek, çocuk için uygun koruma ve tedavi tedbirlerinin alınması gibi adımlar atılmalıdır.³³

Fiziksel istismar tanısını koymak, diğer istismar türlerinin tanısını koymaya kıyasla daha kolaydır. Buna karşın sağlık kuruluşlarına yansıyan bir çok fiziksel istismar olgusu, istismar tanısı alamadan tedavileri yapılarak evlerine gönderilmektedir. İstanbul’da yapılmış bir çalışmada altı büyük hastanenin üç yıllık kayıtlarında istismar tanısı almış hiç çocuk bulunmadığının bildirilmesi bu görüşü desteklemektedir.⁷⁸

İstismar olgularının atlanmaması için tüm değerlendirme sürecinin eksiksiz yerine getirilmesi gerekir.

2.4.1.5.1 Fiziksel İstismar Şüphesi Bulunan Çocuklarda Gözlem ve Öykü Alma

Fiziksel istismar olgularında tanı koyma süreci, çocukla karşılaşıldığı andan itibaren çocuğun gözlemlenmesi ile başlar ve öykü alma ile devam eder. Gözlem ve öykü en az fiziksel bulgular kadar değerli olup, olgulara yaklaşımda bu durum akıldan çıkarılmamalıdır. Bu gözlemler, çocuğu getiren kişilerin tutum ve davranışlarını da kapsamalıdır.^{97,98}

Görüşme, çocuğun yaşı ile uyumlu bir yaklaşımı içerecek şekilde, uygun ortam sağlanarak yapılmalıdır. Bazen çocuğun yaşı ve mental durumu görüşmeye uygun olmayabilir. Bu nedenle, tüm bilgiler çocuğu hekime getiren kişilerden alınmak durumunda kalınabilir. Görüşme ortamında çocuğun rahatsız olacağı, olumsuz anımsamalara sebep olacak nesneler bulunmamalıdır.^{97,98}

Görüşmeye başlanmadan önce görüşme süreci ve görüşmenin içeriği hakkında mutlaka bilgi verilmelidir. Yöneltilen sorular kısa, net ve anlaşılabilir olmalı, yönlendirici sorulardan kaçınılmalıdır.^{97,98}

Görüşmede çocuğun duygusal durumu da değerlendirilmelidir. Görüşmede çocuğun verdiği cevapların çocuğun biyopsikososyal gelişimi ile uyumlu olup olmadığına, kullandığı kelimelere ve kurduğu cümlelere dikkat edilmelidir.^{97,98}

Çocuk ve ebeveynleri ile veya diğer aile bireyleri ile ayrı ayrı görüşülmelidir. İlk görüşmede çocukla ilgili tüm bilgileri elde etme hususunda ısrarcı olunmamalıdır. Tanı koyabilmek için bazen çocuk ve ailesi ile tekrar tekrar görüşme ihtiyacı olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.^{97,98}

Gözlem ve öykü aşamasında istismardan şüphe duyulması gereken durumlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Çocuğun görünüşünün ve anne babayla olan ilişkisinin normal olmaması,
2. Sağlık kuruluşuna başvuru ile öyküde belirtilen olay arasında belirgin bir gecikmenin olması,
3. Benzer şikâyetler ile birçok kez başka sağlık kuruluşuna başvurma öyküsünün bulunması,
4. Ebeveynlerin tepkilerinin yaralanmanın niteliği ve şiddeti ile uyumlu olmaması, gereğinden az veya gereğinden fazla tepkili tavırlar sergilemeleri,

5. Ebeveynlerin çocuğa karşı düşmanca veya aşırı sevecen tutumlar sergilemesi,
6. Birden fazla şüpheli travma öyküsünün olması,
7. Verilen öyküde tutarsızlıklar bulunması;
 - a. Önemli lezyonlara herhangi bir açıklama getirilememesi ya da uygun olmayan açıklamaların yapılması,
 - b. Aynı kişinin öyküyü anlatımdan anlatıma farklı şekilde aktarması,
 - c. Farklı kişiler tarafından aktarılan öyküler arasında tutarsızlıklar olması,
 - d. Farklı sağlık görevlilerine, farklı öykülerin anlatılması,
8. Lezyonların çocuğun kendisi, çocuğun kardeşi veya başka bir üçüncü şahıs tarafından meydana getirilmiş olduğunun iddia edilmesi,
9. Daha öncesinde yaralanma ya da beslenmeyi reddetme, gelişim bozukluğu gibi spesifik olmayan şikayetlerle sağlık kuruluşlarına tekrarlayan başvurularının olması,
10. Çocuk koruma birimlerine daha öncesinde başvurularının olması,
11. Görüşmede çocuğun anne babayı suçlaması veya öğretilmiş bir tutumla anne babanın belirgin bir şekilde savunulması,
12. Kazanın oluş mekanizması ile çocuğun gelişim düzeyi arasında uyumsuzluk olması,
13. Çocuğun kendini güvende hissettiği bir ortamda yaptığı açıklamaların içeriğinin farklı olması şeklinde sıralanabilir.^{33,97,98}

Fiziksel istismarın tanısının koyulmasında en önemli unsur hekimin fiziksel istismardan şüphelenmesidir. Şüphe duyulan olgularda da fiziksel istismar tanısı için tüm değerlendirmeler yapıldıktan sonra karar verilmelidir. Ruhsal değerlendirme asla ihmal edilmemelidir.

Bazı olgularda hatalı tanımlar sebebiyle gereksiz yere adli süreç başlatılmakta, bu süreçte hukuki ve sosyal pek çok sorunun yaşanmasına neden olmaktadır.

Başka bir hatalı tutum ise fiziksel istismar şüphesi olan olgularda çocuğun gerçek hastalığı ile ilgili değerlendirmeler yapılmaksızın istismarla ilgili değerlendirmelere yoğunlaşılmasıdır.

Bu tutum, çocukta mevcut olan hastalığa tanı koyulmasını engelleyebilmekte veya tanının geciktirilmesine neden olabilmektedir. İstismar şüphesi olan olgularda başka hastalıklara yönelik rutin yapılması gereken işlemler, şüphe duyulan istismarın tanı süreci ile birlikte yürütülmelidir.⁹⁷⁻⁹⁹

2.4.1.5.2 Fiziksel İstismar Şüphesi Bulunan Çocuklarda Fizik Muayene

İstismar şüphesi bulunan olgularda fizik muayeneye başlamadan önce çocuğun güveni kazanılmalı, çocuğa anlayacağı bir dille fizik muayenede yapılacaklar aşamalı olarak anlatılmalıdır.

On iki yaşından küçük çocuklarda muayene için ailenin onamı alınmalıdır. Daha büyük çocuklarda ise hem ailenin hem de çocuğun kendi onamı alınmalıdır. Muayene devam ederken de sürecin anlatılmasına devam edilmelidir.³³

Çocuğun bütün vücudu muayene edilecek şekilde giysileri tamamen çıkartılmalıdır. Bütüncül bir değerlendirme yapılmalı, büyüme parametreleri ölçülmeli ve persentilleri kaydedilmelidir.^{7,100,101}

Çocuğun maruz kaldığı fiziksel şiddet hafif olduğunda vücutta herhangi bir bulguya rastlanmayabilir. Çocuğun maruz kaldığı travma daha şiddetli olduğunda ise başta cilt olmak üzere bir çok organ ve sistemde bulgular ortaya çıkabilmektedir.⁷⁹

Lezyonun tarifi yapılırken uygun ışık altında, yaranın ölçülerini özelliklerini saptayabilecek bir cetvelle ölçümlerin yapılması ve mutlaka lezyonun fotoğraflanması gerekmektedir.^{7,101,102} Böylece çocuğun daha sonra aynı amaçla tekrar muayene edilmesine gerek kalmayacak ve çocuğun ikincil örselenmesine engel olunabilecektir.

Lezyonlardan ekimozların fotoğraflanması yapılırken ekimozun renginin daha doğru saptanabilmesi için mutlaka renk skalası kullanılmalı, ekimozun yaşının anlatılan öykü ile uyumlu olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir. Lezyonların fotoğraflanmasının mümkün olmadığı durumlarda, anatomik vücut diyagramları kullanılmalı veya bir şekil üzerinde lezyonlar ayrıntılı olarak tarif edilmelidir.^{7,100-104} Farklı iyileşme evrelerinde birden çok ekimozun bulunması, çocuğun sürekli olarak bir travmaya maruz kaldığının işaretidir.¹⁰⁵

Yaranın cilt altında hangi dokulara kadar ne şekilde ilerlediği, vücut boşluklarına ulaşip ulaşmadığı, yaranın oluş zamanının saptanabilmesine imkân sağlayan renk değişiklikleri, kanama, krutlanma, iltihaplanma, skarlaşma gibi doku reaksiyonu bulguları, birden fazla

lezyon bulunuyorsa vücuttaki dağılımları ve birbirleri ile vücut bölgesi, zaman ve oluş mekanizması ve kullanılan alet açısından uyumlu olup olmadıkları değerlendirilmeli, yaranın yaşamı tehdit edip etmediği belirtilmelidir.¹⁰²⁻¹⁰⁴

Fiziksel istismarın en sık karşımıza çıkan formu kaba dayak olmakla birlikte, sistematik ve tekrarlayıcı eziyete kadar geniş bir yelpazede değişkenlik gösterebilmekte, bunlara bağlı ortaya çıkan fiziksel bulgular da basit sıyrık ve morluklardan ölüme kadar geniş bir aralıkta değişebilmektedir.^{82,106-109}

Fiziksel istismar olgularında en sık karşılaşılan başvuru şikâyeti düşme ya da küçük kazalar olup; en sık olarak başta ekimoz gibi cilt lezyonları, iskelet sistemi ve merkezi sinir sistemi bulgularına rastlanılmaktadır.^{97,99,110,111}

Tüm vücut bölgelerinde istismara bağlı lezyonlar görülebilmekle birlikte, vücudun bazı bölgelerindeki lezyonların istismar sonucu meydana gelmiş olma olasılığının daha yüksek olduğu akılda bulundurulmalıdır. Baş-boyun bölgesindeki lezyonların özellikle zigomatik kemik ya da mandibula gibi kemiklere uyan yerlerde değil de yanak gibi yumuşak dokuların yoğun olduğu bölgelerde görülmesi, göz çevresi, çene, kulaklar, sırt, gluteal bölge ve üst bacakta saptanan lezyonlar fiziksel istismar açısından uyarıcı olabilirler.¹¹²

2.4.1.5.3 Fiziksel İstismar Mağduru Çocuklarda Ruhsal Bulgular

Fiziksel istismar neticesinde çocukların zihinsel, fiziksel ve psikososyal gelişimi ciddi şekilde olumsuz etkilenmektedir. İstismarın ruh sağlığı üzerindeki etkileri çocukluk döneminin yanı sıra ergenlik ve erişkinlikte de sürebilmekte ve çeşitli davranış sorunlarıyla kendini gösterebilmektedir. Çocuğun maruz kaldığı şiddet ne kadar büyük ise çocuktaki ruhsal sorunlar da o kadar şiddetli olmaktadır.¹¹³ Çocukluk döneminde maruz kalının istismar ve ihmal davranışları ile, ergenlik döneminde kendine fiziksel zarar verme davranışları, intihar girişimleri ve disosiasyon arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir.¹¹⁴

Çocuklarda ortaya çıkabilecek bazı davranış değişiklikleri ya da ruhsal belirtiler fiziksel istismar açısından hekimler için uyarıcı olmalıdır. Bunlara çocuğun olağandışı şekilde ürkek, güvensiz ve temkinli oluşu, fiziksel temastan sakınması, sürekli tetikte olması, eve gitmekten korkması, hayvanlara ve çevresindeki diğer kişilere karşı fiziksel şiddet uygulaması, öfkeli tepkiler vermesi ve suç davranışları sergilemesi, oyunlarında veya çizdiği resimlerde agresyon temalarının olması, madde kullanımı, yangın çıkarma ve intihar eğilimi örnek gösterilebilir.¹¹⁵⁻¹¹⁸

Akademik başarıda düşme, bilişsel gelişim sorunları ve büyüme gelişmede gerilik de fiziksel istismar mağduru çocuklarda ortaya çıkabilmektedir.^{87,119}

Şiddete uğramış çocukların şiddetle karşılaşmamış çocuklara oranla daha fazla karşıt olma karşı gelme ve davranım bozukluğu tanıları aldıkları ifade edilmiştir.^{113,120}

Çocukluk döneminde fiziksel şiddete maruz kalan ergenlerde depresyon, sigara, alkol ve madde kullanımı, şiddet içerikli davranış sergileme, suç davranışı ve tutuklanma riskinin arttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.^{121,122}

Fiziksel istismarın yanı sıra ebeveynler arasında şiddet davranışının tabloya eşlik ettiği vakalarda, ergenlikte depresyon, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanılarına daha fazla rastlanmaktadır.¹²³

Yakın arkadaşlık kurmada ve ikili ilişkilerde sorunlar, içe çekilme, apati tabloları da fiziksel istismarın olası sonuçlarındandır.^{113,119}

Ev ortamında fiziksel şiddete uğrayan ergenlerin evden kaçma, çeteye karışma ve hamile kalma gibi yüksek riskli davranış tipleri sergileme olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir.¹¹⁸

Fiziksel istismar mağduru çocuklarda ruhsal değerlendirme istismarın ayırıcı tanısı açısından da çok önemlidir. Ruhsal değerlendirme, istismar tanısı için gerekli olması yanında, ileriki süreçte ortaya çıkabilecek ruhsal ve davranışsal bozuklukların takip ve tedavisi için de son derece önemlidir.

2.4.2 Cinsel İstismar

Bu bölümde cinsel istismarın tanımı, epidemiyolojisi, risk faktörleri, tıbbi yaklaşım ve yasal düzenlemelerden bahsedilecektir.

2.4.2.1 Cinsel İstismarın Tanımı

Cinsel istismar DSÖ tarafından 2006 yılında “psikososyal gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir yetişkin tarafından zorlanarak, mecbur bırakılarak, ikna edilerek ya da kandırılarak cinsel uyarılma amacıyla kullanılması” şeklinde tanımlanmıştır.

Cinsel istismarın tanımı, farklı toplumlara ve farklı kültürlere ve disiplinlere göre değişebilmektedir. Ülkemizde TCK’nın 103. maddesi ile tanımı yapılmıştır. Bu maddede

cinsel istismar “a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar” şeklinde tanımlanmıştır.

Cinsel istismarın erken tespiti, çocuğun istismara süregelen maruziyetinin kesilmesine, psikososyal ve hukuki destek sistemlerinin hızlı bir şekilde devreye girmesine, ruhsal gelişimin daha az zarar görmesine ve ilerleyen süreçte sağlıklı bireyler olarak işlevselliğin sürmesine imkân tanımaktadır.^{124,125}

Cinsel istismar geniş bir yelpazede bir çok farklı cinsel eylemi kapsamaktadır. Bunlara cinsel amaçlı izleme - dikizleme, konuşma, cinsel organını gösterme, pornografik materyalleri izlettirme gibi eylemlerden, oral-anal-vajinal penetrasyona kadar çeşitli şekillerde karşımıza çıkabilmektedir.

Genel kanının aksine cinsel istismar genellikle uzun bir sürece yayılmış ve çoğunlukla çocuğun tanıdığı, yakın olduğu, güvendiği bir kişi ile uzun bir sürece yayılmış bir istismar şeklinde ortaya çıkmaktadır.^{33,126}

Akranlar arası merak sebebiyle cinsel oyunlar ya da akranlar arası rızaya dayalı cinsel davranışlar da cinsel istismar ile karıştırılmamalıdır. İki çocuk arasında geçen cinsel içerikli gösterme ya da dokunma tarzı eylemler zorlama olmadığı koşulda cinsel oyun olarak nitelendirilebilmektedir.¹²⁷

Cinsel oyunlar; birbirini iyi tanıyan, düzenli olarak birlikte oynayıp vakit geçiren ve aynı yaş grubundaki ve fiziksel büyüklükteki çocuklar tarafından oynanır. Bu oyunlar esnasında her iki çocuk da gönüllüdür. Her iki çocuk da 4 yaşın altındaysa ya da iki çocuk arasındaki yaş farkı 4 yaştan daha küçük ise, her iki çocuk da eylemi tam olarak kavrayacak olgunlukta değilse, küçük olan çocuğu zorlama veya ikna gibi yollara başvurulmamışsa bu durumun cinsel oyun olarak değerlendirildiği bildirilmektedir.^{126,128} Çocuklar bu tür oyunlarla birbirlerinin bedenlerini keşfederler. Çocukların gelişim düzeyleri aynı ise bu oyunlar masum görülebilmekte ve endişe duyulmasını gerektirecek bir durum olmadığı ifade edilmektedir.¹²⁹

Cinsel oyun davranışları, özellikle çocukların gelişimlerin kritik dönemlerinde de görülebilmektedir. Böyle durumlarda çocukların gelişim basamaklarını sağlıklı tamamlayabilmeleri için yetişkinlere yönelik danışmanlık ve yönlendirme gerekebilir.¹³⁰

2.4.2.2 Cinsel İstismarın Epidemiyolojisi

Cinsel istismar sanıldığından daha sık rastlanan ve genelde uzun yıllar süren bir durum olmakla birlikte pek çok vaka gizli kalmaktadır. Vakaların yaklaşık %15'inin bildirildiği düşünülmektedir.^{94,131}

Yapılan bir çalışmada, bildirilen olgular içerisinde cinsel istismara uğrayan çocukların % 71'i kız, % 29'u erkektir. Vakaların yaklaşık yarısında tekrarlayan cinsel istismar vardır.¹³² Başka bir çalışmada hayatları boyunca en az bir defa cinsel istismara maruz kalan ergenlerin oranı % 21 olarak bildirilmiştir.¹³³ Feerick ve Snow'un 2005 yılında Cornell Üniversitesi'nde öğrenciler arasında yaptığı bir çalışmada, kadınların %31'inin çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir.¹³⁴ Finkelhor'un erişkinlere yönelik 21 ayrı ülkede gerçekleştirilmiş araştırmaların verilerini karşılaştırdığı çalışmasında, çocuk cinsel istismarı sıklığının erkeklerde %3 ile %29, kadınlarda ise %7 ile %36 arasında değiştiği tespit edilmiştir.¹³⁵

Cinsel istismarın kız çocuklarında erkek çocuklara kıyasla 2-5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmekle birlikte, ülkemizde yapılan bir çalışmada bu oran yaklaşık 4 kat şeklinde ortaya koyulmuştur.¹³⁶ Araştırmalara göre cinsel istismar vakalarının % 51'inde dokunmaksızın istismar varken, sadece %5'inde anal ya da vajinal ilişki vardır.¹³² Cinsel istismar mağduru erkeklerin % 42'si anal ilişki veya ilişki denemesine maruz kalırken, kızlarda bu oran %72'dir.¹³⁷

Cinsel istismarda önemli bir nokta da istismarcıların sıklıkla sosyoekonomik düzeyden bağımsız şekilde mağdurun çevresinde bulunan ve tanıdığı bir kişi olmasıdır.¹³³ İstismar edenlerin %31'inin aile içinden, %54'ünün aile dışından ancak çocuğun tanıdığı bir kişi olduğu, sadece %15'inin yabancı biri olduğu bildirilmiştir.¹³⁷

Başka bir çalışmada cinsel istismarın yaklaşık % 20-25'ini enstest vakalarının oluşturduğu bildirilmiştir.¹³⁸ Erkek çocukların cinsel istismarı kız çocuklarına oranla daha az görülmesine karşın, cinsel temasın boyutu göreceli olarak daha ciddidir.¹³⁷

Çocukların, doğumdan ergenlik döneminin sonuna kadar olan her dönemde cinsel istismara maruz kalabileceği bilinmelidir. Bazı yazarlar tarafından 8-12 yaşlarda ilk istismarın pik yaptığı, bazı yazarlara göre de istismarın başlangıç yaşı için riskin 6-7 yaş civarında yüksek olduğu ve 10. yaşta da bir artış olduğu bildirilmiştir.¹³⁷

2.4.2.3 Cinsel İstismarda Risk Faktörleri

Cinsel istismar için çocukla ilişkili, anne ve baba ile ilişkili, toplumla ilişkili bazı risk faktörleri ve koruyucu faktörler bildirilmiştir.¹³⁹

2.4.2.3.1 Cinsel İstismarın Çocukla İlişkili Risk Faktörleri

Çocuğun zor mizaçlı olması, ruhsal ve/veya fiziksel gelişimsel bozukluğuna sahip olması, kronik bir fiziksel hastalığının olması, fiziksel bir engelinden ötürü özel bakıma ihtiyaç duyması, okul öncesi yaşta olması çocukla ilişkili risk faktörleri olarak bildirilmiştir.¹³⁹

2.4.2.3.2 Cinsel İstismarın Anne-Baba ile İlişkili Risk Faktörleri

Ebeveynler ilgili risk faktörleri üzerinde çalışıldığında anne-babaların ortak bir psikiyatrik profili belirlenememiştir; tam aksine çok çeşitlilik ve çok sayıda ailesel etkenin risk faktörleri üzerinde rol oynadığı savunulmuştur.⁹⁴

Bu anne babaların özellikle çocukluğunda istismar öyküsü olan, çocuklarla ilgili olumsuz algıları olan, empati kurmakta zorluk yaşayan ve çocuktan çocuğun gelişimsel dönemiyle uyumsuz gerçek dışı beklentileri olan ebeveynler olduğu bildirilmiştir.¹³²

İstismarda etkili olduğu düşünülen ailesel faktörler; genç anne baba yaşı, anne babanın kendi çocukluğu döneminde istismar öyküsünün bulunması, alkol - madde bağımlılığı, ekonomik problemler, aile içinde ruhsal veya fiziksel hastalık olması, fazla sayıda çocuk sahibi olma, parçalanmış aile yapısı, anne babanın eğitim durumu, çocuğu yetiştirme tutumları, evlilik sorunları, ebeveyn - çocuk ilişkisindeki sorunlar olarak bildirilmiştir.^{140,141}

2.4.2.3.3 Cinsel İstismarın Toplumla İlişkili Risk Faktörleri

Birçok araştırmada cinsel istismarın herhangi bir sosyal grupta bağlantısı saptanamamış ve her sosyoekonomik düzeyde rastlanabileceği belirtilmiştir.¹⁴² Ancak bazı çalışmalarda düşük sosyo ekonomik düzeyin istismar için risk etmeni olduğu, bu sebepten ailede içinde oluşan kaotik ortamın cinsel istismarı riskini artırdığı bildirilmiştir.¹³²

2.4.2.4 Cinsel İstismarın Hukuki Boyutu ve Yasal Düzenlemeler

Cinsel istismar; yasalarımızda çocuğa karşı cinsel amaçla gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış olarak tanımlanmıştır.

Çocuk istismarını düzenleyen hükümlerde, suçun çocuğa karşı işlenmesi durumunda diğer yetişkinlere göre daha ağır cezalar öngörülmüştür. Akrabalık ve gözetim ilişkisinin olması

durumunda cinsel istismar gerçekleştiğinde enstest olarak değerlendirilip ceza artırımına gidilmiştir.

Yasalarımız ocukların cinsel istismarı (TCK 103) hükmi cinsel istismar suçunun bir kısmını düzenlemiş olup, reşit olmayanla cinsel ilişki (TCK 104), cinsel taciz (TCK 105), müstehcenlik (TCK 226), fuhuş (TCK 227) hükümleri ile de ocuk istismarının diğer biçimleri tarif edilmiştir.

2.4.2.4.1 Çocukların Cinsel İstismarı (TCK Madde 103)

Çocuğun cinsel istismarı suçu TCK’nın 103. maddesinde kişiler karşı suçlar bölümünde düzenlenmiştir. TCK 103/1 ile basit cinsel istismar suçu düzenlemiş ve mağdurun 0-15 ve 15-18 yaş arasında olmasına göre farklı yaptırımlar öngörülmüştür, TCK 103/2 de ise vcoda cisim ya da organ sokulması suretiyle meydana gelen cinsel istismarın nitelikli hali düzenlenmiştir.

TCK’nın 103. maddesinde çocuğun cinsel istismarı suçu:

“1) ocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldıan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden;

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

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

2) Cinsel istismarın vcoda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldıan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

3) Cinsel istismarın stsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

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

6) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, onbeş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

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

2.4.2.4.2 Reşit Olmayanla Cinsel İlişki (TCK Madde 104)

Bu madde ile çocuğun cinsel dokunulmazlığı ve gelişiminin korunması amaçlanmıştır. 18 yaşından küçük çocuklar arasında işlenmesi durumunda ise her ikisi de hem fail hem mağdur olarak kabul edilmekte ve her iki taraf da cezalandırılmaktadır.

TCK’nın 104. maddesinde reşit olmayanla cinsel ilişki suçu:

“1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” şeklinde düzenlenmiştir.

2.4.2.4.3 Cinsel Taciz (TCK Madde 105)

Vücuda herhangi bir temas içermeyen, cinsel amaçlı olarak bireylerin cinselliklerine yönelen her türlü hareket olarak tanımlanmaktadır.

TCK’nın 105. maddesinde cinsel taciz suçu:

“1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına hükmolunur.

2) Bu fiiller; hiyerarşi, hizmet veya eğitim ve öğretim ilişkisinden ya da aile içi ilişkiden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.” şeklinde düzenlenmiştir.

2.4.2.4.4 Müstehcenlik (TCK Madde 226)

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

TCK'nın 226. maddesinde müstehcenlik suçu:

- “1) a) Bir çocuğa müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünleri veren ya da bunların içeriğini gösteren, okuyan, okutan veya dinleten,*
- b) Bunların içeriklerini çocukların girebileceği veya görebileceği yerlerde ya da alenen gösteren, görülebilecek şekilde sergileyen, okuyan, okutan, söyleyen, söyleten,*
- c) Bu ürünleri, içeriğine vakıf olunabilecek şekilde satışa veya kiraya arz eden,*
- d) Bu ürünleri, bunların satışına mahsus alışveriş yerleri dışında, satışa arz eden, satan veya kiraya veren,*
- e) Bu ürünleri, sair mal veya hizmet satışları yanında veya dolayısıyla bedelsiz olarak veren veya dağıtan,*
- f) Bu ürünlerin reklamını yapan,*

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

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

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

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

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

2.4.2.4.5 Fuhuş (TCK Madde 227)

TCK’nda fuhuş tek başına suç olarak tanımlanmamış olup, çocuğu fuhuşa teşvik etmek, kolaylaştırmak, bu amaçla yer temin etmek, barındırmak, yine yetişkinler için bu fiilleri işlemek suç olarak nitelendirilmiştir.

TCK’nın 227. maddesinde fuhuş suçu:

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

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

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

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

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

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

2.4.2.5 Cinsel İstismar Olgularında Adli Tıbbi Değerlendirme

Cinsel istismar olgularında mağdur çocuğun değerlendirilme süreci, olayın niteliği sebebi ile adli tıp uygulamalarının en zor vakalarındandır. Bu olguların muayenesi tüm vücudun haricen yapılan fizik muayenesine ek olarak, tüm perine bölgesinin ve dış genital organlar olan penis, skrotum, testisler, labium majus, labium minus ve üretral açıklığın, iç genital organlardan hymen, vajen, serviksin de muayenesini içermektedir. Çocuğun değerlendirilmesi sürecinde çocuk dostu muayene ortamı sağlanmalıdır.³³

Muayene esnasında standardize edilmiş bir form olan “Cinsel İstismar Muayene Formu” mutlaka kullanılmalıdır. Bu form olguya yaklaşımı standardize etmek için, muayene ve anamnezde hiçbir ayrıntıyı atlamamak için oldukça yardımcıdır. Ayrıca muayenede kullanılacak tıbbi gereçleri içeren standart bir muayene seti oluşturulmalıdır.

Muayene çocuğun güvendiği, ona bakmakla yükümlü bir yetişkin / ebeveyn ile ikinci bir sağlık çalışanı eşliğinde yapılmalıdır. Böylece sağlık çalışanının da cinsel istismar iddiasına maruz kalması olasılığı ortadan kaldırılır. Bu esnada çocuğun davranışları, refakat eden ve hekim ve diğer sağlık çalışanlarına karşı tutum ve tavırları, yani hekime ve yanında kendisine refakat eden kişiye olan yaklaşımı, iletişim kurma biçimi, güven duygusu, tepkileri not edilmelidir.¹⁴³

Cinsel istismar olgularında adli tıbbi değerlendirmenin en önemli hedeflerinden biri de iddia olunan istismarı kanıtlayacak somut delillerin elde edilmesidir. Bu sebeple olay yerinde, olayın gerçekleştiği sırada mağdurun üzerinde bulunan giysiler ile mağdurun dış ve iç muayenesinde faile ait delil olabilecek bulgular mutlaka araştırılmalıdır. Faile ait biyolojik materyaller (kan, tükürük, kıl, sperm vd.) hem suç niteliğindeki olayın gerçekleştiğini ortaya koyacak hem de failin kimliğinin belirlenmesini sağlayacaktır. Olayın üzerinden zaman geçtikçe biyolojik materyaldeki yeterlilik ve güvenilirlik azalmaktadır. Bu nedenle kanıt elde edilebilmesi için muayenenin mümkün olan en kısa sürede yapılması gerekmektedir. Mağdurun muayenesinde, faile ait olması muhtemel kan, tükürük, kıl örnekleri, tırnak aralarında deri kalıntıları titizlikle araştırılmalıdır. Bu amaçlı oral, anal, vajinal bölgeler başta olmak üzere gerekli görülen vücut bölgelerinden sürüntü örnekleri alınmalıdır. Elde edilen örnekler usulüne uygun paketlenerek incelenmek üzere yetkililere teslim edilmelidir.⁷⁴

Yapılan bir çalışmada cinsel istismar iddiası üzerine tıbbi değerlendirme için yönlendirilen çocukların sadece %4'ünde muayenede normal fizyolojik bulgular dışında da bulgular saptandığı, bu olgulardan vajinal veya anal penetrasyon gibi ciddi istismar öyküsü olanlarda da %5,5 oranında hymen perforasyonu, genital bölgede kanama – ekimoz gibi normal dışı fizik muayene bulgusunun saptandığı bildirilmiştir.¹⁴⁴ Cinsel istismar iddiasında fizik muayene bulguları çok kıymetli olmasına karşın, değerlendirmeyi yapan hekimi yanlış yönlendirme ile istismar tanısından uzaklaştırabilme çabası içine girilebilmektedir.

Cinsel istismar şüphesi olan çocuk, mutlaka cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden de tıbbi olarak değerlendirilmeli, cinsel yolla bulaşan hastalık tanısı koyulan çocuklarda da mutlaka cinsel istismar olasılığı akla getirilip bu yönde değerlendirme yapılmalıdır.

Özetle cinsel istismar mağduru çocuklarda adli tıbbi değerlendirmede; aydınlatılmış onam, detaylı öykü alma, kıyafet incelemesi, sistemik harici detaylı muayeneyi de içeren anal - genital muayene, kolposkopik inceleme, bulguların fotoğraflanması, sürüntü örneklerinin alınması ilk aşamada standart olmalıdır. Ruhsal değerlendirme ve çocuk psikiyatrisi konsültasyonu da mutlaka istenmelidir. Gebelik riskinin değerlendirmesi ve kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu da mutlaka yapılmalıdır. Cinsel istismar mağduru çocuğa yaklaşım, en son adli raporlama sürecinde koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınması için bildirimlerin yapılması basamaklarını da içerecek şekilde yapılandırılmalı ve standardize edilmelidir.

2.4.2.6 Cinsel İstismar Olgularında Ruhsal Bulgular

Cinsel istismar, çocuklarda erken ve geç dönemde birçok farklı olumsuz ruhsal etkileneime sebep olmaktadır. İstismarın erken teşhisi ile tedaviye vakit kaybedilmeden başlanmış olacaktır. Böylece istismar nedenli sorunların asgari düzeye indirilmesine önemli katkı sağlanmış olacaktır.

Cinsel istismara mağduru çocuklar, sıklıkla yaşadıkları bu travmatik olayı kendilerinin sorumlu olduğu bir suç olarak algılamakta ve ortaya çıkmasından endişe duymaktadırlar.¹⁴²

1985 – 1989 yılları arasında cinsel istismar iddiasıyla değerlendirilen 630 çocukla yapılan bir çalışmada çocukların % 79'unun ilk olarak istismarı inkâr ettiği ya da açıkça anlatmakta tereddüt yaşadıkları, olayı açıkça anlatanların da yaklaşık dörtte üçünün kazara açıklama yaptıkları, açıklama yapanların da % 22'sinin sonradan ifadesini geri aldıkları bildirilmiştir.³³ Böylesi durumlarda mağdur çocukların ayrıntılı psikiyatrik öyküsünün alınması, ruhsal

değerlendirmelerinin yapılması ve ruhsal değerlendirme için takiplere alınması son derece önemlidir.

Cinsel istismarın çocuklar üzerindeki ruhsal etkilerine göz attığımızda; birçok çalışmada çocukluk dönemindeki istismar ile istismar neticesinde gelişen ruhsal bozukluklar arasında bağlantı olduğu bildirilse de istismar mağduru tüm çocuklarda ruhsal etkilenimin ortaya çıkmadığı, bu durumun bazı koruyucu faktörlerin varlığından kaynaklı olabileceğinin düşünüldüğü bildirilmiştir.^{145,146}

Cinsel istismarın mağdur çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun cinsiyeti, kişilik özellikleri, baş etme becerileri, benlik algıları, olayda şiddet kullanımı olup olmadığı, istismarcının kim olduğu, istismarcının çocuğa olan yakınlığı, istismarın sayısı ve sıklığı, örselenmenin derecesi sosyal destek durumu, çocuğun geçmişte yaşamış olduğu başka travmalara karşı duyarlılığı, ailenin sosyokültürel düzeyi, ailenin istismarı algılayış biçimi, ruhsal desteğin hemen alınıp alınmadığı gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.¹⁴⁷

Çocuğun cinsel istismarı ile ruhsal bozukluklar arasında nedensel bir ilişki olduğunu öne süren başlıca iki durumdan söz edilmektedir. İlki çocukluk döneminde cinsel istismar mağduru olmanın, ruhsal hastalık oluşumuna zemin oluşturduğu görüşüdür. Diğer taraftan hem çocukluk döneminde cinsel istismarın hem de ruhsal hastalıkların riskini arttıran sosyal ve ailesel faktörlerin zaten sıklıkla bir arada bulunduğu görüşüdür. Çocukluk döneminde cinsel istismarın, aile ortamı bozuk çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir, bu tür ailelerde çocuğun cinsel istismarının ruhsal bozukluklarla ilişkisinin istismarın çocuğa doğrudan travmatik etkisinden ziyade, aile ile çocuk arasındaki iletişim ve çocuğun cinsel istismarı sonrasındaki süreçte olumsuz etkilenen çevresel koşullarla bağlantılı olduğu da bildirilmektedir.^{147,148}

Cinsel istismar sonrası erken, orta ve geç dönemde farklı bozukluklar ortaya çıkabilmektedir.^{132,146,149-151}

Erken dönemde; kaygı bozukluğu, akut stres bozukluğu, öfke kontrol bozuklukları ve agresyonda şiddetlenme, depresif yakınmalar, regresif davranışlar, içe kapanma, suça yatkın davranışlar, başkasına karşı zalimce davranışlar gösterme, intihar girişimi, kendine zarar verme davranışı, uyum sorunları, düşük benlik değeri ve uygunsuz cinsel içerikli söz ve davranışlar, uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler ortaya çıkabilmektedir.^{132,146,149,150}

Orta ve uzun dönemde ise; mağdur çocukta çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel döneme bağlı olarak saldırgan davranışlarda artma, duygu durum sorunları, depresyon ve anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde kullanımı, intihar düşüncesi, intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları, kişilik bozuklukları (sıklıkla borderline kişilik bozukluğu), somatizasyon bozukluğu, öğrenme güçlükleri, disosiyatif bozukluklar, konversiyon bozukluğu, psikotik bozukluk, para karşılığı cinsel ilişkiler yaşama, kendini tekrar istismara açık hale getirme, zayıf ebeveynlik becerileri edinme ve olasılıkla başkalarını istismar etme davranışlarının ortaya çıkabildiği bildirilmiştir.^{150,151}

Cinsel istismar mağduru çocukların sosyal ilişkilere duygusal katılımda, sosyal duyarlılıkta ve diğer kişilerin duygularını ayırt edebilme yeteneğinde zorluk yaşadıkları ve karşısındaki kişilerin kendilerine karşı davranışlarının amacını anlamakta zorlanabildikleri aktarılmıştır. Bu sebeple de akranları tarafından dışlanma ihtimallerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁵²

Ülkemizde yapılan bir çalışmada tüm çocukların temas içeren cinsel istismara maruz kaldığı, büyük oranda akraba veya tanıdıkları biri tarafından istismar edildiği, tamamına yakınının tehdit edildiği, mağdurların %88'inin psikiyatrik tanı aldığı, kız çocuklarının anlamlı olarak daha fazla oranda depresif bozukluk ve TSSB tanısı aldıkları, istismara uğrayan erkek çocuklarda intihar girişiminin bulunmadığı, kız çocuklarının % 13,5'unun intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir.¹⁵³

Cinsel istismar mağduru çocuklarda dil gelişiminde gecikme, akademik başarıda düşüklük, sık okul devamsızlığı, okuldan kaçma, ders dışı aktivitelere ilgisizlik, sınıfta söz almada kaygı duyma gibi belirtiler sıklıkla bildirilmiştir.¹⁵⁴

Cinsel istismarın, bazı mağdur kız çocuklarında cinsel yaşamın erken başlamasına, yaşlarından büyük erkek arkadaş edinmelerine, ergenlik çağında daha fazla oranda gebe kalma ve tüm bunların sonucunda daha fazla ilaç bağımlılığına neden olabildiği bildirilmiştir.^{149,155}

Özet olarak; cinsel istismar gibi ciddi bir travma sonrası mağdur çocuklarda duygulanımın düzenlenmesinde bozukluk (disfori, tekrarlayan intihar eğilimi, patlayıcı ya da bastırılmış öfke...), bilinç durumunda değişiklikler (flashback, disosiyatif dönemler...), benlik algısında değişiklikler (çaresizlik, suçlanma, utanma...), sosyal ilişkilerde değişiklikler (kalıcı güvensizlik, geri çekilme, kendini koruyamama...), anlamsal değişiklikler (var olan inançların

kaybı, umutsuzluk düşünceleri...) ve somatizasyon ile karakterize bir tür belirti kümesi ortaya çıktığı bildirilmiştir.¹⁵⁶

2.4.3 Duygusal İstismar

Çocuğun duygusal istismarı, tespit edilmesi en zor istismar türü olup, yaşamı boyunca kişinin ruh sağlığını üzerinde olumsuz izler bırakması ve sık karşılaşılması sebebi ile çocuk koruma alanında özel bir öneme sahiptir.

2.4.3.1 Duygusal İstismarın Tanımı

Çocuğun duygusal istismarı; çocuğun duygusal bütünlüğünü ve gelişimini zedeleyen her tür eylem ya da eylemsizlik olarak tanımlanır. Çocuğun ihtiyaç duyduğu duygusal gereksinimlerden mahrum bırakılarak psikolojik olarak zarar görmesine neden olmaktadır. Duygusal istismar; reddetme, yok sayma, yalnız bırakma, izole etme, korkutma, yıldırma, suça itme gibi davranışları içerir. Bu istismar türü en sık karşılaşılan istismar türü olmasına rağmen, en zor tespit edilen istismar türüdür.¹⁵⁷

UNICEF'e göre duygusal istismar; ise çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlanmıştır.¹⁵⁸

Duygusal istismar iki yönü ile diğer istismar türlerinden ayrılmaktadır; birincisi fiziksel ve cinsel istismardan farklı olarak fiziksel bulguların olmaması, ikincisi ise bir çocuğun yalnızca duygusal istismara uğrayabileceği veya fiziksel ve cinsel istismarın bir parçası olarak da duygusal istismara uğrayabilecek olmasıdır.⁴²

Duygusal istismarın sıklıkla tek başına değil de başta fiziksel istismar olmak üzere diğer istismar türleri ile bir arada görülmesi, önceliğin diğer istismar türlerine verilmesi, duygusal istismarın tanısının koyulup önlenmesinin önüne geçmektedir. Duygusal istismarın çocuğun bakımını üstlenen kişilerce yapılıyor olması ve çoğu kez çocuğu disipline etmek amacı ile yapıldığının savunulması gibi nedenlerle bu durum dikkatlerden kaçmakta veya herhangi bir yaptırım uygulanmamaktadır.¹⁵⁹

2.4.3.2 Duygusal İstismarın Epidemiyolojisi

Duygusal istismarın tanımı ve tanınması ile ilgili zorluklardan dolayı sıklığının değerlendirildiği yeterli ve sağlıklı veriler kısıtlıdır. Bu istismar türü ile ilgili yapılmış çalışma sayısı, cinsel ve fiziksel istismara kıyasla oldukça azdır.

Duygusal istismarda sıklığında kız ve erkek cinsiyet arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Duygusal istismar, 6-8 yaş arasında pik yapmakta ve ergenlik boyunca da hemen hemen aynı seviyede görülmeye devam etmektedir.¹⁶⁰ Fiziksel istismar ve ihmal olgularına yaklaşık %90 oranında duygusal istismarın da eşlik ettiği bildirilmektedir.¹⁶¹ Yapılan bir çalışmada duygusal istismarın en sık görülen formu ise korkutma/yıldırtma olarak belirlenmiştir.¹⁵⁹

Ülkemizde bir hastanenin çocuk koruma birimine dört yıl içinde başvuran 215 olgunun % 29.8'inde fiziksel istismar, % 21.4'ünde duygusal istismar, % 9.8'inde cinsel istismar saptandığı, olguların % 39.5'una ise ihmal tanısı konulduğu bildirilmiştir.¹⁶² Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada duygusal istismarın % 78 gibi bir oranla istismar türleri arasında ilk sırada olduğu bildirilmiştir.¹⁶³ Erişkin dönemdeki psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı bir çalışmada duygusal istismarın % 55.6 oranında saptandığı bildirilmiştir.¹⁶⁴

2.4.3.3 Duygusal İstismarın Risk Faktörleri

Duygusal istismar ile ilgili risk faktörleri istismarcı ile ilişkili, sosyal çevre ile ilişkili ve çocuk ile ilişkili risk faktörleri olarak üç ana başlık altında incelenebilir.

2.4.3.3.1 Duygusal İstismarın İstismarcı ile İlişkili Risk Faktörleri

Duygusal istismar çoğunlukla ebeveynler, özellikle anneler ile çocuk arasında meydana gelen bir durum olduğundan bir çok çalışma anneler üzerinde yoğunlaşmıştır. Anneye ait kişilik özelliklerinin araştırıldığı çalışmalarda, annelerin benlik algılarında, dürtü kontrolünde ve kişiler arası ilişkilerinde önemli problemler saptanmıştır. Bunlar; annelerin özgüveninin ve problem çözme becerilerinin zayıf olması, geçmişlerinde istismar deneyimleri olması şeklinde belirtilmektedir. Ayrıca annenin çocuğun gelişimi, davranışları ve duygusal tepkileri konusunda gerçek dışı beklentileri bulunduğu, zihinsel ve duygusal olarak donuk ya da nörotik özelliklere sahip olduğu ve dolayısıyla farkındalıklarının zayıf olduğu tespit edilmiştir.¹⁶⁵

Erişkin dönemdeki psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı bir çalışmada; ebeveynlerden uzun süre ayrı kalma oranı, ebeveynler arasındaki şiddet, ebeveynlerde düşük eğitim seviyesi ve ebeveyn ayrılığının duygusal ve cinsel istismar bildiren gruplarda daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Bu vakalarda duygudurum ve anksiyete bozuklukları tanılarının yüksek oranda tespit edildiği, annenin düşük eğitim düzeyiyle duygusal ve fiziksel istismar, babanın düşük eğitim düzeyiyle duygusal ve fiziksel ihmalin ilişkili olduğunun gözlemlendiği bildirilmiştir. Ayrıca ailede psikiyatrik bozukluk oranının da anlamlı olarak yüksek saptandığı belirtilmiştir.¹⁶⁴

Ebeveyn depresyonunun, annenin psikiyatrik sorunlarının, duygudurum bozukluklarının sözlü örnelemeyi arttırdığı, duygusal vericiliği, yakınlığı azalttığı, bu annelerin sosyal paylaşımı az olan anneler oldukları bildirilmektedir.¹⁶⁶ Ebeveynde madde kötüye kullanımı olmasının hem doğrudan hem de aile dolaylı olarak duygusal istismar olasılığını artırdığı bildirilmektedir.¹⁶⁷ Bilişsel yetersizliği olan ebeveynlerin, bilişsel yetersizliği olmayanlara göre daha fazla risk taşıdıkları bildirilmiştir.¹⁶⁸

2.4.3.3.2 Duygusal İstismarın Sosyal Çevre ile İlişkili Risk Faktörleri

Duygusal istismara her türlü ekonomik, sosyal ve eğitim seviyesindeki gruplarda rastlanmakla birlikte; toplumdan yalıtılmış yaşayan ailelerde, yoksulluk, işsizlik, suç oranının yüksek olduğu bölgelerde yaşayan ailelerde sıklığının fazla olduğu düşünülmektedir.¹⁶⁹

Duygusal istismarda kültürel yapı istismarın tanımlamasındaki zorlukta da kendini göstermektedir. Bazı kültürler için istismar olarak değerlendirilen bir tutum, başka bir kültürün normal sayılan bir parçası olabilmektedir.¹⁶⁰ Çocuğun hangi koşullarda ve ne süreyle yalnız bırakılabileceği, kardeşinin bakımıyla ilgili ne derecede sorumluluk verilebileceği kültürel olarak değişkenlik gösteren durumlardır.

2.4.3.3.3 Duygusal İstismarın Çocuk ile İlişkili Risk Faktörleri

Çocuğun zor mizaç özelliklerine sahip olmasının ve çocuğun bazı ruhsal hastalıkları olmasının çocuğun duygusal istismara uğrama riskini arttırabildiği düşünülmektedir. Örneğin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocuklarda beddua etme, reddetme, tehdit etme, suçlama, karşılaştırma ve aşağılama şeklindeki sözel örnelemenin kontrol grubundaki çocuklara nispeten daha yüksek oranlarda bildirilmiştir.¹⁷⁰

2.4.3.4 Duygusal İstismarın Hukuki Boyutu ve Yasal Düzenlemeler

Uluslararası sözleşme niteliğinde olan ve ülkemizin de taraf olduğu ÇHS'nin 19. maddesinde devletlerin çocuğa karşı her türlü istismar ve kötü muameleye yönelik yasal, idari, eğitsel ve toplumsal bütün önlemleri almakla yükümlü olduğu belirtilmiştir. Tam olarak duygusal istismara yönelik yapılmış bir düzenleme olmasa da TCK'nın 232. maddesinde kötü muamele suçu düzenlenmiştir.

TCK'nın 232. maddesinde kötü muamele suçu:

“İdaresi altında bulunan veya büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan kişiye, bir yıla kadar hapis cezası verilir.” şeklinde düzenlenmiştir.

2.4.3.5 Duygusal İstismar Olgularında Adli Tıbbi Yaklaşım

Duygusal istismarın tanısında; davranışa mı yoksa davranış biçiminin çocuk üzerindeki etkisine mi ya da davranışın bir eşik düzeyin üstünde olmasına mı bakılması gerektiğinin net tanımlanmamış olması, ek olarak kültürel özelliklerin tanıda değerlendirilmesinin gerekip gerekmediği gibi muğlak durumlar zorlayıcı olmaktadır. Ayrıca istismarın aile içinde olması, çocuğun örseleyici davranışı ifade edememesi, bu davranışların aile içi disiplin tarzı olarak görülmesi, olumsuz sonuçlarının geç ortaya çıkması veya ortaya çıkan olumsuz sonuçla davranış arasında bağlantı kurulmaması gibi nedenler duygusal istismar tanısının konulmamasına ve ayırıcı tanı yaparken duygusal istismarın atlanmasına sebep olmaktadır.¹⁶⁰

Çocuğa Yönelik Anne - Baba Tepkileri Anketi, Disiplin Standartları Araştırma Anketi gibi ölçeklerin çocukların duygusal istismarının tanınmasında yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır.

1994 yılında Bernstein tarafından geliştirilen Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; çocukluktaki duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve sözlü şiddeti değerlendiren sorular içermekte, fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve fiziksel, duygusal ihmal olmak üzere beş başlıkta değerlendirme olanağı sunmaktadır.¹⁷¹

Bir başka ölçüm aracı olan Yaşam Olayları Ölçeği ise stresli yaşam olaylarının kapsamlı olarak değerlendirilmesi için geliştirilen bir araçtır. Günlük yaşamda karşılaşılan bazı olayların bir listesi bulunmaktadır. Çocuğun son altı ayda yaşadığı olayların verdiği sıkıntıyı

1'den 7'ye kadar puanlayarak işaretlemesi, sonundaki iki soruyla genel bir değerlendirme yapması ve hastalığıyla ilgili olup olmadığını belirtmesi istenmektedir.¹⁷²

Tanıda ve ayırıcı tanıda kullanılan ölçekler ve anketler klinisyenlere son derece önemli ipuçları sağlasalar da, duygusal istismarın atlanmamasında en önemli nokta bu konuya yönelik duyarlılığa ve yetkinliğe sahip olunmasıdır. Çocuğun ruhsal sorunlarının zemininde duygusal istismarın bulunabileceği akıldan çıkarılmamalı, böyle bir şüphenin varlığında öykü detaylandırılmalıdır.

Çocuğun duygusal istismarı için en önemli yaklaşım, istismarı önlemeye yönelik çalışmalar yapılmasıdır. Risk gruplarına yönelik sosyal destek ve eğitim programları, ev ziyaretleri, ebeveynlere psikososyal destek, bu vakaları tanıyabilecek kişiler olan öğretmenlerin eğitimi, gerekli görülen olgularda çocuğa yönelik koruyucu tedbirlerin alınması bu amaçla yapılabilecekler arasındadır.¹⁷³

2.4.3.6 Duygusal İstismar Olgularında Ruhsal Bulgular

Çocuklarda ortaya çıkan bir çok ruhsal ve davranışsal sorunun temelinde duygusal istismar yatıyor olabilir. Bu durum duygusal istismarda diğer istismar türlerinden daha olasıdır.^{109,174,175}

Mullen ve arkadaşları tarafından çocukluk ve ergenlik döneminde görülen intihar girişimlerinde duygusal istismar yönünden özellikle araştırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu olgularda intihar girişiminin fiziksel istismarda 5 kat artarken, duygusal istismarda 12 kat kadar arttığı bildirilmektedir.¹⁷⁵

Duygusal istismarın çocuğa verdiği zarar; maruziyetinin yoğunluğu, büyüklüğü ve süresine bağlı olarak çocuğun hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Çocukluk döneminde daha çok okul başarısı ile ilgili problemlerle karşılaşılırken, yetişkin dönemde ise daha çok depresyon, kaygı bozuklukları, evlilik ve ebeveynlik sorunları, , anti sosyal ve sınır kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol – madde bağımlılığı gibi tablolar ortaya çıkabilmektedir.⁸⁶

2.4.4 Çocuk İhmali

Bu bölümde ihmalin tanımı, epidemiyolojisi, risk faktörleri, türleri ve tıbbi yaklaşım ve yasal düzenlemelerden bahsedilecektir.

2.4.4.1 Çocuk İhmalinin Tanımı

“Çocuk ihmali”, başta anne ve baba olmak üzere, çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sevgi ve sağlık gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri ve yeterince karşılamamaları sonucu çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır.^{87,176}

2.4.4.2 Çocuk İhmalinin Epidemiyolojisi

Çocuk ihmali, tüm çocuk istismarı türlerinden daha siktir. Fiziksel istismardan 2 kat, cinsel istismardan 5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.¹⁷⁷ Çocuk ihmali, gelişmiş ülkelerde çocuk koruma birimlerine bildirilen olguların %50’sinden fazlasını oluşturmaktadır. ABD’de her yıl çocuk istismarına bağlı yaklaşık 2000 çocuk ölümü rapor edilmektedir. Bunların en az üçte biri terk etme, açlık, tıbbi ihmal ve yetersiz denetim gibi bir çocuk ihmalinin sonuçlarıdır.⁸⁶

Ülkemizde çocuk ihmali sıklığını gösteren çalışma sayısı kısıtlıdır. İstanbul’da adli raporlara yansıyan ve ölümle sonuçlanan 216 çocuk istismarı ve ihmali tanılı olgu ile yapılan bir çalışmada ölümlerin % 74,5’inin ihmal sonucu gerçekleştiği, ihmal olarak değerlendirilen olguların büyük kısmını suda boğulma, zehirlenme ve ev kazaları vakalarının oluşturduğu bildirilmiştir.¹⁷⁸

Çocuk ihmalinin 0-3 yaş aralığında ve kız çocuklarında biraz daha fazla görüldüğü, fiziksel ya da cinsel istismarda istismarcının çoğunlukla erkek olduğu, ihmalde ise örseleyicilerin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bildirilmiştir.¹⁷⁹

2.4.4.3 Çocuk İhmalinin Risk Faktörleri

Çocuk ihmalinin risk faktörleri çocuğa, aileye/bakım verene ve topluma ve aile yapısına ait faktörler olarak gruplandırılabilir.

2.4.4.3.1 Çocuk İhmalinin Çocukla İlişkili Risk Faktörleri

Zor mizaç, disiplin sorunları gibi duygusal ya da davranışsal zorluklar, kronik hastalığa sahip olma, fiziksel bir engele veya gelişimsel bir geriliğe sahip olma, düşük doğum ağırlığı veya prematüre doğum öyküsünün olması, istenmeyen bir gebelik sonucu doğmuş olma çocuk ihmalinin çocukla ilişkili başlıca sebepleridir.^{180,181}

2.4.4.3.2 Çocuk İhmalinin Aile veya Bakım Verenle İlişkili Risk Faktörleri

Düşük benlik saygısı, dürtü kontrol bozukluğu, alkol - madde bağımlılığı, genç yaşta ebeveyn olma, çocukluk döneminde istismara uğramış olma, depresyon, akıl hastalıkları,

çocuk gelişimi konusunda yetersiz bilgi ve deneyim, çocuktan gerçekçi olmayan beklentiler, çocuğun normal davranışlarının olumsuz olarak algılanması çocuk ihmalinin aile veya bakım verenle ilgili başlıca sebepleridir.^{180,181}

2.4.4.3.3 Çocuk İhmalinin Çevre ve Aile Yapısı ile İlişkili Risk Faktörleri

Toplumdan izole yaşama, yoksulluk, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, evde tek ebeveynin bulunması, evde biyolojik baba dışında başka bir erkeğin yaşaması, aile içi şiddet çocuk ihmalinin çevre veya aile yapısı ile ilişkili başlıca sebepleridir.^{180,181}

Bazı toplumlarda kız çocuklarının sağlık ve eğitim başta olmak üzere tüm ihtiyaçlarının erkek çocuklara kıyasla daha fazla ihmal edildiği, bazı ülkelerde de kız çocuklarının eğitim haklarının olmadığı, kız çocuklarının evde kardeşlerine bakıp, evin işlerini üstlendikleri veya çalışarak evin geçimine yardım etmek durumunda bırakılmaları da çevre ve aile ilgili risk faktörleri arasında düşünülmelidir.¹⁷⁶

2.4.4.4 Çocuk İhmalinin Tipleri

Duygusal ihmal, cinsel ihmal, eğitim ihmali, fiziksel ihmal, tıbbi ihmal çocuk ihmalinin tiplerini oluşturmaktadır. Çocuğun sevgiden ve ilgiden mahrum bırakılması, özellikle ergenlik döneminde ebeveyn kontrolü ve desteğinden yoksun bırakılması duygusal ihmale örnek olarak gösterilebilir. 2 yaşından sonra çocuğa cinsel kimlik gelişimini olumsuz etkileyebilecek şekilde yaş ve cinsiyetine uygun davranılmaması, yaş ve cinsiyetine uygun giydirilmemesi, yaş ve cinsiyetine uygun oyuncak alınmaması da cinsel ihmale örnek olarak gösterilebilir. Çocuğu okul yaşı geldiğinde okula göndermemek, varsa özel eğitim ihtiyacının karşılanmasında kayıtsız kalmak, okul devamsızlığı alışkanlığına göz yummak, okulla ilgili her türlü duruma karşı ilgisiz kalmak ise eğitim ihmaline örnek teşkil etmektedir. Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasında özensizlik de fiziksel ihmale örnek olarak verilebilmektedir.³³

Annenin gebelikte alkol, madde, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, kullanmaması gereken ilaçları kullanması, gebeliğe uygun ve yeterli beslenmemesi, doğum öncesinde tıbbi bakım almaması da özel bir fiziksel ihmal formu olan doğmamış bebeğin ihmaliidir.¹⁸²

2.4.4.5 Çocuk İhmalinin Hukuki Boyutu ve Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde çocuk istismarı ile mücadele edebilmek amacıyla bazı hukuki düzenlemeler yapılmış, çocuğa yönelik şiddet içeren eylemlerle birlikte ihmal de Türk Ceza Kanunu'nda suç olarak tanımlanmıştır.

Ceza hukukunda genel yaklaşım olarak, kasten bir davranışın yapılmasının cezalandırılması öngörülmekte olup, çocuk ihmali konusunda istisnai olarak yapılması gereken şeyin ise yapılmaması suç sayılmıştır.

TCK'nın 233. Maddesi ile “aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali” başlığı altında tanımlanmış, 1. fıkarda “*aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikâyet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır*” 3. fıkarda da “*velayet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadi sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlak, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır*” şeklinde suç olarak tanımlanmıştır.

Türk Medeni Kanunu ise; 185. maddesinde, çocukların bakımı, eğitim ve gözetiminin anne ve babanın ortak sorumluluğu olduğu belirtilmekte, 340. maddesi ile de anne-baba, çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâkî ve toplumsal gelişimini sağlamak ve çocuğu korumakla yükümlü kılınmaktadır. Kanunun 346. ve 347. maddeleri ise çocuğun menfaatinin, bedensel ve zihinsel gelişiminin tehlikede bulunduğu veya çocuğun manen terk edilmesi durumlarında gerekli önlemlerin alınacağını belirtmektedir. Yine aynı kanunun 348. maddesi ile anne ve babanın deneyimsizliği, hastalığı, başka bir yerde bulunması veya benzeri sebeplerden biriyle velayet görevini gereği gibi yerine getirememesi, çocuğa yeterli ilgiyi göstermemesi veya ona karşı yükümlülüklerini ağır biçimde savsaklaması durumunda çocuğun velayet hakkının anne babadan alınabileceği ifade edilmektedir.

2.4.4.6 Çocuk İhmali Olgularında Adli Tıbbi Değerlendirme

Çocuk ihmali hem tek başına hem de diğer istismar tipleri ile bir arada görülebilmekle birlikte, tanınması için en önemli husus ihmalden kuşkulanmaktır.

Şüphe durumunda çocuğun öncelikle kendisinden, sonrasında ebeveynlerden/bakımını üstlenen kişilerden ayrıntılı öykü alınması, fizik muayenenin detaylı yapılması, verilen doktor önerilerine uyulup uyulmadığının, ihtiyaç durumunda sağlık kuruluşuna başvurmada gecikme olup olmadığının, eğitim gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığının, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarının yeterince karşılanıp karşılanmadığının, ailenin/bakım verenlerin çocukla ilgili sorulan sorulara yeterince detaylı cevap verip vermediğinin bu olguların tanınmasında önemli ipuçlarıdır.¹⁸³

Çocuk ihmalinin atlanması durumunda kronik süreçte yetersiz beslenme nedenli büyüme geriliği olabileceği, olası tedavi edilebilir ve önlenebilir hastalıkların tedavi edilme olasılıklarının ortadan kalkabileceği bildirilmiştir. Ayrıca yaşamın ilerleyen yıllarında karaciğer ve iskemik kalp hastalıkları gibi daha ciddi tıbbi hastalıkların ortaya çıkabileceği ve ölüm meydana gelebileceğibelirtilmiştir.¹⁸¹

2.4.4.7 Çocuk İhmali Olgularında Ruhsal Bulgular

İhmale uğrayan çocuklarda davranış sorunları, uyumsuzluk, kişilik bozuklukları, suça yönelme daha fazla görülebilmektedir. İhmal edildikleri dönemlerde içe kapanık, diğer zamanlarda saldırgan bir tutum içinde oldukları, yaşlıları ile iletişimde sıklıkla sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir. İhmalin kronik hale geldiği durumlarda ise depresyon, kendine zarar verme davranışları ve intihar eğiliminin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.^{176,181}

2.5 Velayet

Velayet kelime anlamı olarak veli olma durumunu ifade eder.³⁰ Hukuki bir kavram olarak velayet ise; 18 yaşından küçük çocukların ve istisnâ olarak kısıtlı ergin çocukların bakımını, korunmasını ve psikososyal ve fiziki yönden yetiştirilmesini sağlamak amacıyla, anne ve babanın, çocukların kişiliklerinin ve mallarının korunmasıyla, onların temsili konusunda sahip oldukları hak, yetki ve ödevler olarak tanımlanmaktadır.¹⁸⁴⁻¹⁸⁶

Velayet ile ilgili düzenlemeler iç hukukumuzda Türk Medeni Kanunu'nda (TMK) bulunmaktadır. Öztan tarafından aile hukuku kitabında velayet; “küçüklerin, istisnai hallerde kısıtlıların bakım ve korunmalarının sağlanması için, onların kişilikleri ve mallar üzerinde ana ve babanın sahip oldukları görev, yetki ve hakların tümüdür” olarak tanımlanmıştır.¹⁸⁴

Velayet ile ilgili TMK'da yapılan düzenlemeler kabaca; velayetin kapsamı (TMK Madde 339), çocuğun eğitimi (TMK Madde 340), çocuğun dini eğitimi (TMK Madde 341), çocuğun temsil edilmesi (TMK Madde 342), çocuğun fiil ehliyeti (TMK Madde 343), çocuğun aileyi temsil etmesi (TMK Madde 344), çocuk ile ana ve baba arasındaki hukuki işlemler (TMK Madde 345), çocuğun korunması (TMK Madde 346), çocuğun yerleştirilmesi (TMK Madde 347) ve çocuğun üzerindeki velayetin kaldırılması (TMK Madde 348-351) konularını içermektedir.

TMK'nın 335. maddesinde çocukların velayeti ile ilgili “*Ergin olmayan çocuk, anne ve babasının velayeti altındadır. Yasal sebep olmadıkça velayet anne ve babadan alınamaz.*

*Hakim, vasi atanmasına gerek görmedikçe, kısıtlanan ergin çocuklar da ana ve babanın velayeti altında kalırlar.” hüküm belirtilmiştir.*¹⁸⁷

TMK’nın 336. maddesinde ise velayetin her iki ebeveyne birlikte verilmiş olduğu, anne ve babanın ayrılması durumunda ise hâkimin velayeti eşlerden birine vereceği, TMK’nın 337.maddesinde ise ebeveynlerin evli olmaması halinde velayetin annede kalacağı, anne veli olmaya uygun değil ise velayetin babaya verilebileceği veya çocuğa vasi atanacağı belirtilmiştir.¹⁸⁷

Uzatılmış velayet ise, kısıtlılık hali olan çocuğun erginlik yaşına geldiğinde korumasının ebeveynlerine ait olmasının devamını sağlayan, velayetin devam etmesi halidir. Kanunlar gereği anne ve babasının velayeti altında bulunan ve de ergin olduğunda dahi korunmasının devam etmesini gerektiren durumların varlığında, kişinin vesayet altına alınması yerine ebeveynlerin velayeti altında bırakılması gerektiği bildirilmiştir.¹⁸⁸

Son yıllarda ülkemizde evlenen çift sayısında azalma, boşanan çiftlerin sayısında artış meydana geldiği Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden anlaşılmaktadır.¹⁸⁹ Boşanma sürecinde, çocuğun menfaati ve iyilik hali gözetilerek ebeveynlerin, ebeveynliğe yönelik değerleri, çocuğun gelecekteki yaşamında gereksinim duyacağı ihtiyaçlara yönelik plan yapmaları, çocuklarına sağlıklı bir büyüme ortamı sağlayabilme kapasiteleri ve çocuğun psikososyal gelişimini kötü etkileyebilecek fiilleri dikkate alınarak; ebeveyn haklarının ve sorumluluklarının tekrar şekillendirilmesi gerekmektedir.¹⁹⁰

Aile mahkemeleri boşanma davalarında velayeti alacak ebeveyni ve her ebeveynin çocukla sürdüreceği ilişkiyi belirlemektedir. Bazı çekişmeli boşanma davalarında ise aile mahkemeleri velayetin belirlenmesi, velayetin değiştirilmesi, çocuk ve ebeveyn arasındaki şahsi ilişkinin düzenlenmesi gibi konularda psikiyatri, çocuk psikiyatrisi veya adli tıp uzmanlarının görüşüne başvurmaktadır. Bunun sonucunda sağlık kuruluşlarına adli makamlar tarafından velayet hususunda değerlendirme yapılması amaçlı gönderilen olguların sayısında artış meydana gelmektedir.¹⁹¹

Velayet açısından değerlendirilmesi amacıyla yönlendirilen vakalarda ebeveynlerle ve çocuklarla ayrı ayrı görüşmeler yapılmakta, gerekiyorsa bütün aile bireyleri ile görüşme yapılmakta, bazen çocuk ve velayete aday ebeveyn ilişkisi dışarıdan gözlenmekte, çeşitli psikometrik testler uygulanmakta, çoğunlukla ebeveynlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi amacıyla erişkin psikiyatrisi uzmanlarından konsültasyon istenmektedir. Bazı vakalarda da

sosyal incelemeciler vasıtasıyla ev, okul ziyaretleri yapılarak çocuğun ve ebeveynlerin sosyal çevreleri, yaşadıkları evin koşullarının incelenmesi istenebilmektedir.

2.6 Maluliyet, Özürlülük, Engellilik ve ÇÖZGER (MÖEÇ)

DSÖ tarafından maluliyet; oluşan bir sakatlık, herhangi bir kısıtlama ya da bir şekilde bir insan için normal kabul edilen değerler çerçevesinde bir faaliyet gerçekleştirme yeteneği olmaması hali olarak tanımlanmıştır.¹⁹² Başka bir tanımda maluliyet; çeşitli travmalar (trafik kazası, iş kazası, yüksekten düşme, ateşli silah yaralanması, tıbbi uygulama hatası, darp) sonucunda meydana gelen ve vücut bütünlüğünün bozulmasına neden olan yaralanmaların, uygulanan tüm tedavilere rağmen tam olarak iyileşmeyip sekel halinde kalması hali olarak tanımlanmaktadır.¹⁹³ Maluliyet hukuki literatürde ise, “bir kimsenin bir dış etki, hastalık veya kaza sonucunda çalışma gücünü kısmen veya tamamen yitirmesi” olarak tanımlanmaktadır.¹⁹⁴ Uluslararası literatürde de maluliyet (disability, invalidity, disablement, infirmity, defect, deformity etc.) sakatlık, güçsüzlük, yetersizlik, zaaf, ehliyetsizlik gibi sözcüklerle ifade edilmektedir.

Özürlülük (Disability): Yetersizlik sonucu fonksiyonel kapasitede azalma ya da kayıptır. Yetersizlik sonucu günlük aktiviteleri içeren beklenen davranış ve fonksiyonlarda eksiklik ya da aşırılıktır.¹⁹⁵

Engellilik (Handicap): Bir yetersizlik ya da özürlülük sonucu oluşan, toplum tarafından kişiden beklenen bireysel performans veya durumdan sapmaya neden olan toplumsal bir bozukluk olarak ifade edilir.¹⁹⁵

Engellilik, yetersizlik ve özürlülüğün sosyal ve çevresel sonuçları ortaya çıkmaktadır.¹⁹⁶ Bu sonuçlara, toplum yaşamına uyumda sorunlar, yalnızlığa itilme, içe çekilme gibi durumlar örnek gösterilebilir.

Travma öyküsü ile acil servise başvuran çocuk olgularda başvuru nedeni olarak trafik kazaları ilk sırada yer almaktadır. Bir çalışmada travma öyküsü ile başvuruların %49'unun trafik kazası nedeni olduğu bildirilmiştir. İkinci sırada ise (%31) ise yüksekten düşme vakaları gelmektedir. Aynı çalışmada erkek çocuklarında travma öyküsü ile başvuruların daha yüksek oranda olduğu bildirilmektedir. Travmaların büyük çoğunluğunun künt travma olduğu ve en sık batın travması (%64), ikinci sırada ise kafa travması nedeniyle acil servise başvurdıkları bildirilmiştir.¹⁹⁷

Kişiler yaralanmaları sonrası ortaya çıkan bedensel ve ruhsal sorunları nedeni ile yaralanmasında kusuru bulunan taraftan kendilerinde oluşan zarar sebebiyle tazminat talebinde bulunmaktadır. Bu tazminatın miktarının belirlenmesinde kişilerin maruz kaldığı bedensel ve ruhsal zararın ilgili yönetmelik ile saptanmış oranları belirleyici olmaktadır. Bu raporlar da hastane sağlık kurullarında ve/veya adli tıp birimlerinde düzenlenmektedir.

Bu raporlar düzenlenirken ülkemizde kullanılan çeşitli yönetmelikler ve bu yönetmeliklerin ekinde kılavuzlar bulunmaktadır. Hangi yönetmelik ve kılavuzun kullanılacağı ise büyük oranda rapor düzenlenmesi istenen olayın oluş tarihi ile belirlenmektedir. Bazı durumlarda da rapor talep eden makamlar veya kişiler özel olarak belirli bir yönetmelik ve kılavuz kullanılarak rapor düzenlenmesini talep edebilmektedirler. Ülkemizde 11/10/2008 tarihinden önce meydana gelen yaralanmalar için "Sosyal Sigortalar Sağlık İşlemleri Tüzüğü" çerçevesinde, 11/10/2008-01/09/2013 tarihleri arasında meydana gelen yaralanmalar için "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği" çerçevesinde, 01/09/2013 ile 01/06/2015 tarihleri arasında meydana gelen yaralanmalar için "Maluliyet Tespit işlemleri Yönetmeliği" çerçevesinde, 01/06/2015 ile 20/02/2019 tarihleri arasındaki meydana gelen yaralanmalar için "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde ve 20/02/2019 tarihinden sonra meydana gelen yaralanmalar için ise "Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik" ve "Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik" hükümleri esaslarınca değerlendirme ve raporlama yapılmaktadır.¹⁹⁸ Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliği'nin 5. bölümü atıflar 14. maddesinde "30/03/2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ve ilgili mülga mevzuat hükümlerine çocuk bakımından yapılan atıflar bu Yönetmelik hükümlerine yapılmış sayılır." gereğince ÇÖZGER kapsamında rapor düzenlenmesi istenen çocuk olgularda oransal hesaplama yapılırken Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ekindeki kılavuzdan yararlanılmaktadır.

TÜİK tarafından 2010 yılında yapılan ve tüm yaş gruplarının dahil edildiği bir araştırmada engellilik haline en sık neden olan hastalığın zihinsel engellilik (%29,2) olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada ruhsal zararlar nedeniyle engelliliği olanların oranı %3,9 olarak tespit edilmiştir.¹⁹⁹ Maluliyet tespiti talebiyle başvuran çocuk olgularda da, olay nedenli ortaya

ıkan ruhsal etkilenimin olabileceği unutulmamalıdır. Bu olgularda ruhsal değerlendirme ve gerekli hallerde ocuk psikiyatrisi konsültasyonu mutlaka yapılmalıdır.

2.7 Evlenme İzni

Bu bölümde ocuk evliliklerinden, evliliğin hukuki şartlarından, erken evlenme olguların adli tıbbi değerlendirilmesinden ve ocuk annelikten bahsedilecektir.

2.7.1 ocuk Evliliği ve ocuk Anneler

On sekiz yaşın altındaki herkes “ocuk”, 18 yaşından önce yapılan tüm evlilikler “ocuk evliliği” olarak kabul edilmektedir. ocuk yaştaki evliliklerle dünya çapında karşılaşılmakla birlikte, bu tür evlilikler az gelişmiş veya Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde daha sık grlmektedir.²⁰⁰

Dünyanın birçok ülkesinde ocuk yaşta evlendirilme ile ilgili hukuksal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemelere rağmen ekonomik güçlükler, sosyal nedenler ve bazen inançlar gibi sebeplerle bu hukuki düzenlemelerin ocuk evliliklerini engelleme düzeyi düşük kalmakta ve erken evlilikler bu düzenlemelere rağmen halen grlmektedir.²⁰¹

ocuk yaşta evlilikler her iki cinsiyette de görülmesine karşın, özellikle kız çocuklarını daha fazla etkilemektedir. Ataerkil toplumların çoğunda “kadının yeri evidir” anlayışı hakim olduğundan; kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimi önemsenmeden, düşünceleri ve görüşleri dikkate alınmadan kadından “kadınlık ve eş olma görevini yerine getirmesi” beklenebilmektedir.²⁰²

UNICEF’in 2022 raporunda 18 yaşından önce yapılan evliliklerin sıklığının bütün dünyada önemli miktarda azaldığı, ancak günümüzde halen yaygın olarak görüldüğü bildirilmiştir. Bu raporda kız çocuklarında dünya çapında ocuk yaşta evlilik oranları en yüksek Batı ve Orta Afrika’da bildirilmiştir. Burada her 3 genç kadından 1’inin 18 yaşından önce evlendirildiği aktarılmıştır. Doğu ve Güney Afrika’da da benzer şekilde yüksek (%32), oranda kız çocuklarının erken yaşta evlendirildiği bildirilmiştir. Güney Asya’da bu oran %26, Latin Amerika ve Karayipler’de %21, Orta Doğu ve Kuzey Afrika’da %16 olarak bildirilmiştir.²⁰³

Türkiye’de resmi kayıtlara göre 16-17 yaş aralığında evlenen çocukların oranı 2007 senesinde %7,9 iken 2017 senesinde %4,2’ye düşmüştür.^{204,205}

Ergenlik döneminde gerçekleştirilen evlilikler, çoğunluklar evlendirilecek çocukların rızasına başvurulmadan ebeveynlerin veya diğer aile büyüklerinin kararlarıyla ve çoğunlukla

da zorla yapılmaktadır. Özgür olarak tam rıza gösterme yetisi bulunmayan çocukların yaptıkları bu evlilikler insan haklarının ve çocuk haklarının ihlal edilmesi olarak değerlendirilmektedir.²⁰⁶

Çocuk yaşta evliliğin ve bu evliliğe bağlı sonuçların, hassas ruhsal ve bedensel gelişim dönemlerinin bulunduğu ergenlik dönemini kesintiye uğrattığı bildirilmiştir.²⁰⁷ Ergenlik dönemi, bireyin üreme yeteneği yönünden önemli ölçüde gelişim yaşadıkları fakat ruhsal ve sosyal gelişimlerinin halen nihayete ermediği bir dönemdir.²⁰⁸ On sekiz yaş altında evlenen kız çocuklarının büyük kısmının evliliğin ilk yılı içinde gebe kaldığı bildirilmiştir.²⁰⁹ Yapılan bir çalışmada yetişkin kadınlarla kıyaslandığında ergenlerde gebeliğe bağlı ölüm oranının 2 kat arttığı bildirilmiştir.²¹⁰

18 yaşın altında evlendirilen çocukların fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddete daha fazla uğradıkları, bu çocukların evliliği bilinçli olarak yapmadıkları ve evlendiklerinde büyük çoğunluğunun eğitim sistemi dışına itildiği, bu nedenle çocukların ruh sağlıklarının bozulduğu, depresyon, kaygı bozuklukları, davranış bozuklukları gibi sorunlar yaşadıkları, ayrıca istenmeyen gebeliklerin ruh sağlıklarının bozulmasına ek katkı sağladığı belirtilmiştir.²¹¹

Çocuk yaşta evlenen ergen bunun üzerine çocuk yaşta anne de olduğunda sorunlar hem anneyi hem de bebeği ilgilendirecek bir şekle bürünür. Bu sorunlara bebek ölüm ve hastalık oranlarında artış, yetersiz ebeveynlik becerileri, maternal depresyon, annede madde kullanımı ve intiharlar oranlarında artış, sağlıksız ebeveyn – çocuk ilişkisi, çocuğa karşı şiddet, ihmal ve istismar riskinin artması örnek gösterilmektedir. Yani kendi büyümeden, eğitim, meslek ve gelişim dönemlerini tamamlamadan anne olan çocukları kötü ve sorunlu bir ebeveynlik, sağlıksız anne-çocuk ilişkisi beklemektedir.²¹²

2.7.2 Evlenme İzni ile İlgili Hukuki Düzenlemeler

TMK'nın 11. maddesi ile 18 yaşın doldurulması ile erginliğin başlayacağı, 10. maddesinde ise ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyetinin bulunduğu belirtilmiştir. Yani, diğer gereklilikleri yerine getiren ve 18 yaşını dolduran kişi, fiil ehliyetinin bulunmasından dolayı anne babasından veya hâkimden izin almaksızın evlenebilir.

TMK'nın 124. maddesinde *“Erkek veya kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak, hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple on altı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak bulundukça karardan önce ana ve baba*

veya vasi dinlenir” şeklinde evliliğin şartlarından bahsedilmiştir.¹⁸⁷ Bu madde ile temelde 17 yaşını dolduran kişinin evlenmesine yasal bir engel olmadığı belirtilmiştir. Ancak 18 yaşını doldurmadığı için 17 yaşını doldurmuş kişinin çocuk olduğu göz önünde bulundurularak TMK’nın 126. maddesinde, “*Küçük, yasal temsilcisinin izni olmadan evlenemez*”, hükmüyle 17 yaşını doldurmuş çocuğun ebeveynleri veya yasal temsilcisinin, vasisinin izni ile evlenebileceği belirtilmiştir.

TMK’nın 128. maddesindeki düzenleme ile, yasal temsilcileri tarafından evlenmesine izin verilmeyen 17 yaşını doldurmuş çocuğun yine de evlenmek istemesi halinde, yasal temsilcisinin haklı bir nedeni olmamasına rağmen izin vermemesi halinde, çocuğun başvurusu üzerine hâkimin çocuğun evlenmesine izin verebileceği belirtilmiştir.

16 yaşındaki çocukların hangi şartlarda evlenebileceği ile ilgili düzenleme TMK’nın 124. maddesinde yapılmıştır. Bu düzenlemede 16 yaşını dolduran ancak 17 yaşını doldurmamış bir kişinin evlenebilmesi için, “*olağanüstü bir durumun*” ve “*pek önemli bir sebebin*” mevcut olması gerektiği ifade edilmiştir. Eğer böyle bir durum ve sebep var ise hâkimin bu çocuğun evlenmesine izin verebileceği belirtilmiştir. Yani 16 yaşındaki bir çocuğun ancak hâkimin izni ile evlenebileceği anlaşılmaktadır. Hangi durumların olağanüstü, hangi sebeplerin pek önemli olduklarının neler olduğu kanunda belirtilmemiştir. Mahkemeler bu durumlarda bazen sağlık kuruluşlarından ilgili çocuğun evlenmesine engel bir durumu olup olmadığı, ruhsal ve bedensel olarak evlenmeye elverişli olup olmadığı hususlarında rapor düzenlenmesini talep etmektedirler.

Kanunlarımızda evlenme yaşının doldurulmamış olmasına rağmen gerçekleştirilen evliliklerle ilgili müeyyidenin ne olduğunun açıkça belirtilmemiş olması uygulamada probleme sebep olmaktadır. Ceza yasalarımız gereğince 16 yaşından önce evlilik ile ilgili olarak adli makamlar çocuğun cinsel istismarı kapsamında değerlendirilme yapmaktadır. Hukuk sistemimizde çocuk yaşta evlendirilme ile ilgili ceza yasalarının bulunmaması ve mevcut ceza yasalarının da cinsel istismara odaklanması, bu olgularda ruhsal değerlendirme ve adli rapor süreçlerinde sorunlara neden olmaktadır.²¹³

2.7.3 Evlenme İzni Olgularında Adli Tıbbi Değerlendirme

Küçük yaşta evlendirilen olgular, genelde bu madde kapsamında değerlendirilmek üzere adli merciler tarafından sağlık kuruluşları olan adli tıp birimlerine veya çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine gönderilmektedirler. Bu olguların büyük çoğunluğunun da

gebelik izlemi ve doğum sonrası sağlık kurumlarının adli bildirimi sonrasında yönlendirilen erken evlendirilmiş genç kızlardan oluştuğu bildirilmiştir.²¹³

Bu tür olguların değerlendirmesinde çocuğun ruhsal durumunun tespiti anahtar rol oynamaktadır. Herhangi bir psikiyatrik hastalığının veya mental kısıtlılığının olup olmadığı mutlaka değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeden daha önemlisi, çocuğun evlenmenin anlam ve sorumluluğunu kavrama yetisinin gelişip gelişmediğinin tespitidir. Bu olguların çocuk olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu hususta oldukça titiz olunmalıdır.

2.8 Kati Raporlar

Adli olgulara adli rapor düzenlemek, her hekimin temel görev ve sorumluluklarından bir tanesidir. Hekimin kendisine herhangi bir yaralanma ile başvuran bir olgunun yaralanmasına neden olabilecek bir suçun işlenmiş olabileceği şüphesini aklına getirmesi halinde, bu vakayı şüpheli durum nedeniyle adli makamlara bildirme yükümlülüğü vardır. Adli makamlar bu yaralanmanın mahiyetini anlamak için, yargılama sürecinde yol gösterici olması için hekimlerden adli rapor düzenlemesini talep etmektedirler. Bu raporlar geçici ve kati rapor olarak genelde iki türde yazılmaktadır.

Raporun geçici olmasını gerektiren konsültasyon, laboratuvar bulgusu ya da radyolojik görüntüleme istenmesine ihtiyaç duyulmamış ise yani hastanın değerlendirme süreci tamamlanmış ise yazılan rapor kesin/kati rapor olur.

Pratikte sıklıkla ilk merkezde rapor geçici ibareli yazılmakta, kati raporun adli tıp veya ilgili branş hekimleri tarafından düzenleneceği belirtilmektedir. Bu durum ise hem hastanın, süreçte daha fazla zaman kaybına neden olurken aynı zamanda adli sürecin de uzamasına neden olabilmektedir.

Yaralama eylemleri TCK'nın 86., 87. ve 88. maddeleri ile tanımlanmıştır. Kişilerde yaralama nedeniyle meydana gelen sağlıkla ilgili zararın ağırlık durumuna göre verilecek cezalar, hafiften ağıra doğru 86. maddenin 2. fıkrası, 86. maddenin 1. fıkrası, 87. maddenin 1., 2., 3., 4. fıkralarında düzenlenmiştir.²¹⁴

Olgulara düzenlenen kati raporların TCK'nın 86 ve 87.maddelerine göre yazılması gerekmektedir.

TCK'nın 86/1 ve 2. maddelerinde kasten yaralama suçu, 86/3. maddesi ise cezayı yarı oranında artırıcı sebepler açıklanmaktadır. Buna göre TCK'nın 86. maddesi;

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

2) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

3) Kasten yaralama suçunun;

a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,

b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,

d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

e) Silahla,

İşlenmesi halinde şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.”
şeklinde düzenlenmiştir.

TCK’nın 87. maddesinde ise cezanın daha fazla arttığı durumları açıklamaktadır. Buna göre 87. madde;

“1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Konuşmasında sürekli zorluğa,

c) Yüzünde sabit ize,

d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.” şeklinde düzenlenmiştir.

Yaralanma vakalarında bulgular tamamen ortaya çıkmamış ve/veya net değil ise, tanı netleştirilememiş ise, ek laboratuvar ya da radyolojik inceleme gereksinimi var ise, konsültasyona gerek duyuluyorsa, hekimin bilgi ve deneyimi yeterli değilse adli rapor geçici olarak yazılır. Raporun sonuç kısmında raporun geçici olduğu ve kesin rapor için yapılması gerekenler belirtilir.

2.8.1 Çocuk ve Ergenlerin Kati Raporlarının Düzenlenmesinde Ruhsal

Değerlendirmenin Rolü

Adli Tıp pratiğinde de kati raporlar, “Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi” kılavuzluğu ile yazılmaktadır. Bu kılavuzda yaralanmanın ağırlığının belirlenmesi için çeşitli düzenlemeler bulunmaktadır. Bunlardan biri de ruhsal değerlendirmedir.

Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi’nde Travma Sonrası Gelişen Ruhsal Bozuklukların Değerlendirilmesi başlığında ruhsal değerlendirmenin; “*Travma sonrası gelişen ruhsal bozukluklarla ilgili yaralanmanın/travmanın kişi üzerindeki etkisine karar verilirken travmanın şiddeti, ruhsal etkilenimin süresi, hastanın klinik durumu ve işlevselliği ve nedensellik gibi faktörler değerlendirilerek karar verilir. Ruhsal etkilenimlerle ilgili olarak tespit edilen tablonun basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu/olmadığı yönünde karar verilir. Tespit edilen ruhsal tablonun duyulardan veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflamasına ya da yitirilmesine neden olup olmadığı*

*hususunda ise ruhsal etkilenim düzeyi ile ilgili maluliyet/engellilik listelerinden yararlanılmak sureti ile görüş bildirilebilir.” şeklinde olması gerektiği belirtilmiştir.*²¹⁴

TCK’nın 86. Maddesinin 3. fıkrasında yer alan “*kasten yaralama suçunun beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak kişiye karşı işlenmesi*” durumunda 86. Maddenin 1. ve 2. fıkralarına göre verilecek cezanın yarı oranında arttırılmasına neden olmaktadır. Kişilere bu hususta rapor düzenlenirken, kişilerin ruh bakımından kendini savunamayacak durumda olup olmadığının saptanması gerekmektedir. Bu durumun olup olmadığı değerlendirilirken mağdur ve şüpheli arasındaki fiziksel, bilişsel ya da ruhsal farklılıkların dikkate alınması gerektiği, tehdit ve güç farkı kullanılarak herkesin vücut direncinin kırılabileceğinin de göz önünde bulundurulması gerektiği, madde etkisi altında bulunmanın da kişilerin beden ve ruh bakımından kendisini savunmasına engel teşkil edebileceği belirtilmiştir.²¹⁴

Sonuç olarak, kati rapor düzenlenmesi için yönlendirilen çocuk olgularda özellikle ihmal ve istismar olasılığını dışlamak için ve istismar veya ihmal olmasa dahi çocuğun yaralanma neticesinde ruh sağlığında bozulma meydana gelebileceğinden ruhsal değerlendirme son derece önemlidir. Ruhsal değerlendirme neticesinde saptanacak bir ruhsal patoloji de rapor sonucunda çocuğun maruz kaldığı yaralanmanın ağırlık derecesini değiştirebilecektir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda kati rapor düzenlenmesi için yönlendirilen çocukların ruhsal değerlendirmeleri son derece önem arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Yöntem

Çalışmamızın örneklemini Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda değerlendirilmiş ve hakkında rapor düzenlenmiş çocukları içermektedir. Cinsel ve fiziksel istismar mağduru olma, suça sürüklenme, velayet, kati rapor, maluliyet raporu, erken evlenme izni hususlarında rapor düzenlenmesi istenen, WISC-R zekâ testi uygulanmış 01/01/2016 – 31/12/2022 tarihleri arasında başvuru yapan tüm olgular çalışmaya dâhil edilmiştir.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı ve Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivinde bulunan muayene edilmiş 438 çocuğa ait raporlar, adli ve tıbbi dosyalar birlikte incelenerek retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Olgulara ait Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı ve Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi tarafından düzenlenen muayene ve değerlendirme notları, yapılan tetkikler, psikometrik test sonuçları, dosyalarda mevcut olan tüm adli tahkikat evrakı ve tıbbi belgeler incelenmiştir.

Hakkında adli rapor düzenlenen 438 vaka; başvuru yılı, başvuru tarihi ile rapor düzenlenme tarihi arasında geçen süre, hakkında rapor düzenlenmesi istenen olayın yılı, olay tarihindeki yaş, rapor tarihindeki yaş, cinsiyet, başvuru nedeni, gönderen makam tarafından sorulan soru, yaşadığı il, doğduğu il, çocuğun kimler ile yaşadığı, aile yapısı, anne ve babanın sağlık, çalışma, meslek ve eğitim durumu, kardeş sayısı, üvey kardeş durumu, sigara-alkol-madde kullanımı, eğitim durumu, okul başarısı ve devamsızlık durumu, çalışma durumu, fiziksel ve/veya zihinsel hastalık/engel durumu, ruhsal hastalık durumu, klinik olarak ve WISC-R ile ortaya konmuş zekâ düzeyleri, eskiye ait düzenlenmiş rapor ve sosyal inceleme raporu olup olmadığı, önerilen tedbir kararları, ilgili makamın sorusuna yönelik düzenlenen rapor sonuçları, olaya bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal bulgu olup olmadığı hususlarında toplanan tüm veriler SPSS 26.0 programına yüklenerek değerlendirilmiştir.

3.2 Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Nümerik değişkenler medyan (25. - 75. persentil) ve frekans (yüzdelikler) olarak ifade edilmiştir. Gruplar arasındaki farklar, normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ve Dunn's Çoklu Karşılaştırma

Testi ile karşılaştırılmıştır. Gruplar arası farklılıkları değerlendirmek amacı ile kategorik değişkenlerde Monte Carlo Ki-Kare testi kullanılmıştır. İki yönlü hipotezlerin testinde $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık varlığı için yeterli kabul edilmiştir.

3.3 Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamıza dahil edilen bazı vakalara ait ifadeler ve daha önce düzenlenen tıbbi evrakın eksikliği, sosyal inceleme raporunun yeterli olmaması veya hiç gönderilmemesi ve rapor düzenlenme tarihinden sonra adli evrakın aslının geri iade edilmiş olmasından dolayı bazı verilerin elde edilememesi çalışmanın kısıtlılığı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Örneklemen Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen vakaların 178'i suça sürüklenen çocuklar (SSÇ) grubunu, 151'i cinsel istismar (Cİ) grubunu, 32'si kati rapor grubunu, 24'ü Maluliyet/özürlülük/engellilik/ÇÖZGER (MÖEÇ) grubunu, 23'ü velayet grubunu, 18'ini fiziksel istismar (Fİ) grubunu ve 12'si evlenme izni grubunu oluşturmuştur. Grupların dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Olguların vaka gruplarına göre dağılımı

Vaka Grubu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Suça Sürüklenen Çocuklar	178	40,6
Cinsel İstismar	151	34,5
Kati Rapor	32	7,3
Fiziksel İstismar	18	4,1
MÖEÇ	24	5,5
Velayet	23	5,3
Evlenme İzni	12	2,7
Toplam	438	100

4.1.1 Başvuru Yıllarının Dağılımı

Olguların tarafımıza başvurusunun %15,8'inin (n:69) 2016 yılında, %13,5'inin (n:59) 2017 yılında, %11,6i'sinin (n:51) 2018 yılında, %20,3'ünün (n:89) 2019 yılında, %17,1'inin (n:75) 2020 yılında, %18,3'ünün (n:80) 2021 yılında, %3,4'ünün (n:15) 2022 yılında gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Başvuru yıllarına göre grupların dağılımı incelendiğinde, 2016, 2017 ve 2022 yılında en fazla sayıda başvuran grubun SSÇ grubu, 2018, 2019 ve 2021 yılında en fazla sayıda başvuran grubun Cİ grubu olduğu, 2020 yılında SSÇ ve Cİ grubunun başvuru sayısının eşit olduğu (n:29 - %:38,7) görülmüştür. Olguların başvuru yıllarının dağılımı ve yıllara göre başvuran grupların dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Olgu gruplarının başvuru yıllarına göre dağılımı

Başvuru Yılı		Grup							Toplam
		SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ	Velayet	Evlenme İzni	
2016	N	38	24	1	2	1	2	1	69
	%	55,1%	34,7%	1,4%	2,9%	1,4%	2,9%	1,4%	16%
2017	N	35	12	3	3	1	3	2	59
	%	59,3%	20,3%	5,1%	5,1%	1,7%	5,1%	3,4%	14%
2018	N	19	20	3	1	5	1	2	51
	%	37,3%	39,2%	5,9%	2%	3,9%	2%	4%	12%
2019	N	27	32	11	5	5	4	5	89
	%	30,3%	36%	12,4%	5,6%	5,6%	4,5%	5,6%	20%
2020	N	29	29	5	2	6	4	0	75
	%	38,7%	38,7%	6,6%	2,7%	8%	5,4%	0%	17%
2021	N	23	28	9	5	6	8	1	80
	%	28,8%	35%	11,2%	6,3%	7,5%	10%	1,3%	18%
2022	N	7	6	0	0	0	1	1	15
	%	46,6%	40%	0%	0%	0%	6,6%	6,6%	3%

4.1.2 Olay Yıllarının Dağılımı

Çocukların yaşadıkları olayların yıllara göre dağılımı incelendiğinde; olay yılının SSÇ grubunda en çok 2016 yılı (n:41), Cİ grubunda en çok 2019 yılı (n:22), Kati Rapor grubunda en çok 2020 yılı (n:9), Fİ grubunda en çok 2020 yılı, MÖEÇ grubunda en çok 2016 yılı (n:6) olduğu görülmüştür. Gruplar arasında olayın oluş yılları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 4)

Tablo 4: Çocukların yaşadıkları olayların yıllara göre dağılımı

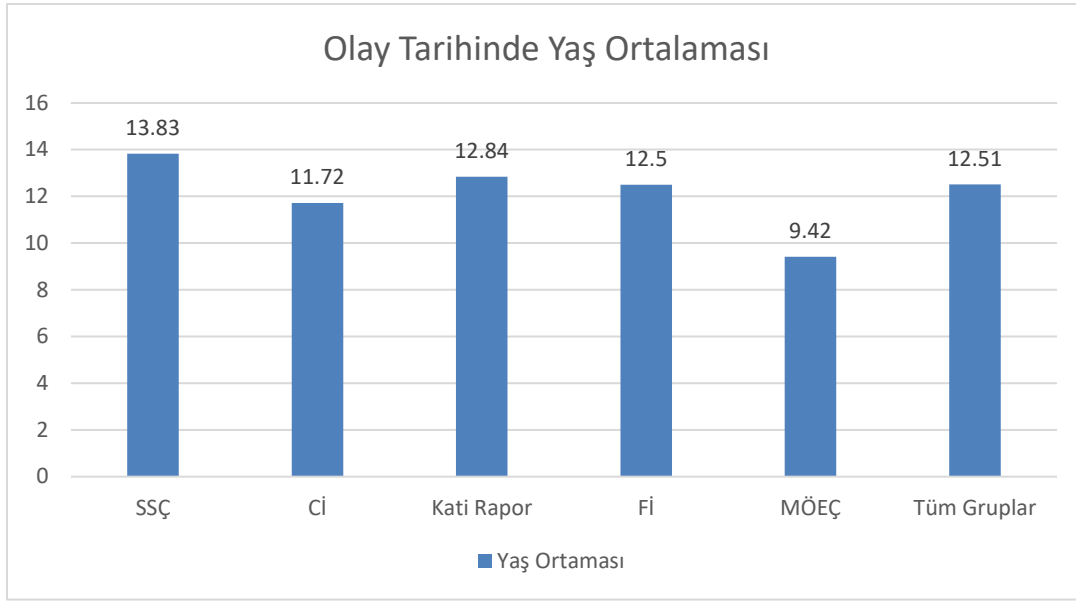
Olay Yılı		Grup					Toplam
		SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ	
2006	N	0	0	0	0	1	1
	%	0%	0%	0%	0%	100%	100%
2010	N	0	4	0	0	0	4
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
2011	N	0	5	0	0	0	5

	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
2012	N	0	4	1	0	0	5
	%	0%	80%	20%	0%	0%	100%
2013	N	4	10	0	0	2	16
	%	25%	62,5%	0%	0%	12,5%	100%
2014	N	5	9	0	0	2	16
	%	31,25%	56,25%	0%	0%	12,5%	100%
2015	N	24	14	0	1	4	43
	%	55,8%	32,5%	0%	2,3%	9,3%	100%
2016	N	41	17	1	1	6	66
	%	62,1%	25,8%	1,5%	1,5%	9,1%	100%
2017	N	30	19	4	3	1	57
	%	52,6%	33,3%	7%	5,2%	1,8%	100%
2018	N	21	17	7	4	2	51
	%	41,1%	33,3%	13,7%	7,8%	3,9%	100%
2019	N	20	22	6	2	2	52
	%	38,4%	42,3%	11,5%	3,8%	3,8%	100%
2020	N	18	18	9	5	0	50
	%	36%	36%	18%	10%	0%	100%
2021	N	15	10	4	2	4	35
	%	42,8%	28,5%	11,4%	5,7%	11,4%	100%
2022	N	0	2	0	0	0	2
	%	0%	100%	0%	0%	0%	100%

4.1.3 Olguların Olay Tarihindeki Yaşlarına Göre Dağılımı

Çalışmamıza dahil edilen 438 olgu olay tarihinde 1-17 yaş aralığında olup, olay tarihinde tüm olguların yaş ortalaması $12,51 \pm 2,86$ olarak bulunmuştur. Olguların olay tarihlerindeki yaş ortalaması SSC grubunda $13,83 \pm 1,14$, Cİ grubunda $11,72 \pm 3,22$, Kati Rapor grubunda $12,84 \pm 3,34$, Fİ grubunda $12,5 \pm 2,89$, MÖEÇ grubunda $9,42 \pm 3,56$ olarak saptanmıştır.

(Grafik1) Velayet ve Evlenme İzni grubunda tarafımıza sorulan sorular, tarihi belirli bir olaya ilişkin olmadığı için bu gruplar bu bölümde değerlendirilmemiştir.



Grafik 1: Grupların olay tarihindeki yaş ortalamaları

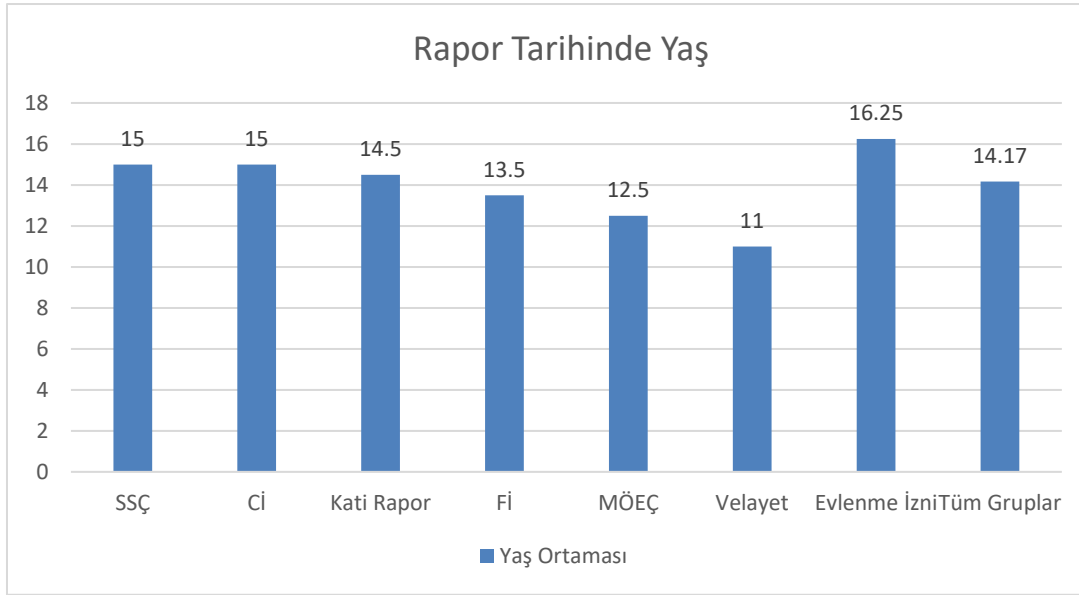
Olgu gruplarının olay tarihindeki yaşları karşılaştırıldığında; olay tarihlerinde SSÇ grubunun yaş ortalamasının Cİ grubununkinden yüksek olması ($p<0,001$), SSÇ grubunun yaş ortalamasının MÖEÇ grubununkinden yüksek olması ($p<0,001$), MÖEÇ grubunun yaş ortalamasının Kati Rapor grubununkinden düşük olması ($p:0,002$) ve MÖEÇ grubunun yaş ortalamasının Cİ grubununkinden düşük olması ($p:0,046$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 5)

Tablo 5: Olgu gruplarının olay tarihindeki yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ
Yaş (Ortalama±SS)	13,83±1,14 ^{b,e}	11,72±3,22 a,e	12,84±3,34 ^e	12,5±2,89	9,42±3,56 ^{a,b,c}
a: SSÇ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. b: Cİ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. c: Kati Rapor Grubuna göre anlamlı fark mevcut. d: Fİ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. e: MÖEÇ Grubuna göre anlamlı fark mevcut					

4.1.4 Olguların Rapor Tarihindeki Yaşlarına Göre Dağılımı

Çalışmamıza dahil edilen 438 olgu rapor tarihinde 6-18 yaş aralığında olup, rapor tarihinde yaş ortalamaları $14,17 \pm 2,67$ olarak bulunmuştur. Olguların yaş ortalaması SSÇ grubunda $15 \pm 1,38$, Cİ grubunda $15 \pm 2,9$, Kati Rapor grubunda $14,5 \pm 3,16$, Fİ grubunda $13,5 \pm 2,89$, MÖEÇ grubunda $12,5 \pm 3,48$, Velayet grubunda $11 \pm 2,5$, Evlenme İzni Grubunda $16,25 \pm 0,45$ olarak saptanmıştır. (Grafik 2)



Grafik 2: Olgu gruplarının rapor tarihindeki yaş ortalamaları

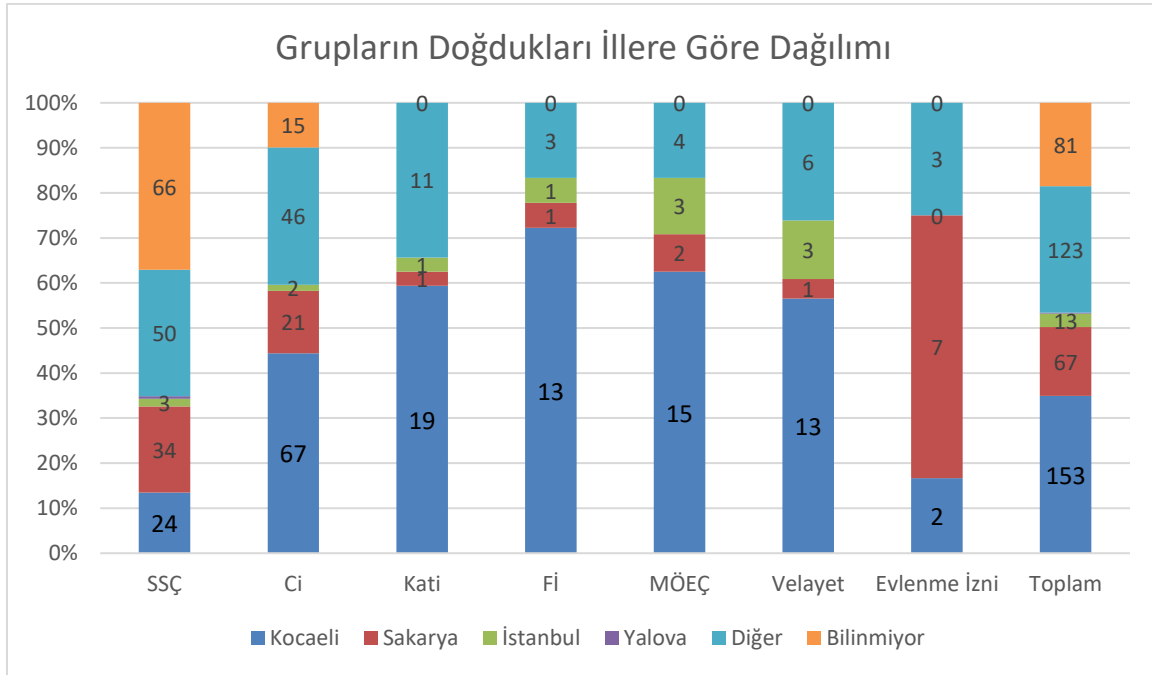
Olgu gruplarının rapor tarihindeki yaşları karşılaştırıldığında; rapor tarihlerinde Velayet grubunun yaş ortalamasının Kati Rapor grubununkinden düşük olması ($p:0,004$), Velayet grubunun yaş ortalamasının Cİ grubununkinden düşük olması ($p<0,001$), Velayet grubunun yaş ortalamasının SSÇ grubununkinden düşük olması ($p<0,001$), Velayet grubunun yaş ortalamasının Evlenme İzni grubununkinden düşük olması ($p<0,001$), MÖEÇ ve SSÇ grubu ($p:0,004$) ile MÖEÇ ve Evlenme İzni grubu ($p:0,001$), Fİ grubunun yaş ortalamasının Evlenme İzni grubununkinden düşük olması ($p:0,004$), Kati Rapor grubunun yaş ortalamasının Evlenme İzni grubununkinden düşük olması ($p:0,031$), Cİ grubunun yaş ortalamasının SSÇ grubununki ile benzer olması ($p:0,013$) ile Cİ grubunun yaş ortalamasının Evlenme İzni grubununkinden düşük olması ($p:0,01$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 6)

Tablo 6: Olgu gruplarının rapor tarihindeki yaş ortalamalarına göre karşılaştırılması

	SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ	Velayet	Evlenme İzni
Yaş (Ortalama±SS)	15±1,38 ^{b,e,f}	15±2,9 ^{a,e,g}	14,5±3,16 ^{f,g}	13,5±2,89 ^g	12,5±3,48 ^{a,g}	11±2,5 ^{a,b,c,g}	16,25±045 ^{b,c,d,e,f}
<i>a: SSÇ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. b: Cİ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. c: Kati Rapor Grubuna göre anlamlı fark mevcut. d: Fİ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. e: MÖEÇ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. f: Velayet Grubuna göre anlamlı fark mevcut. g: Evlenme İzni Grubuna göre anlamlı fark mevcut.</i>							

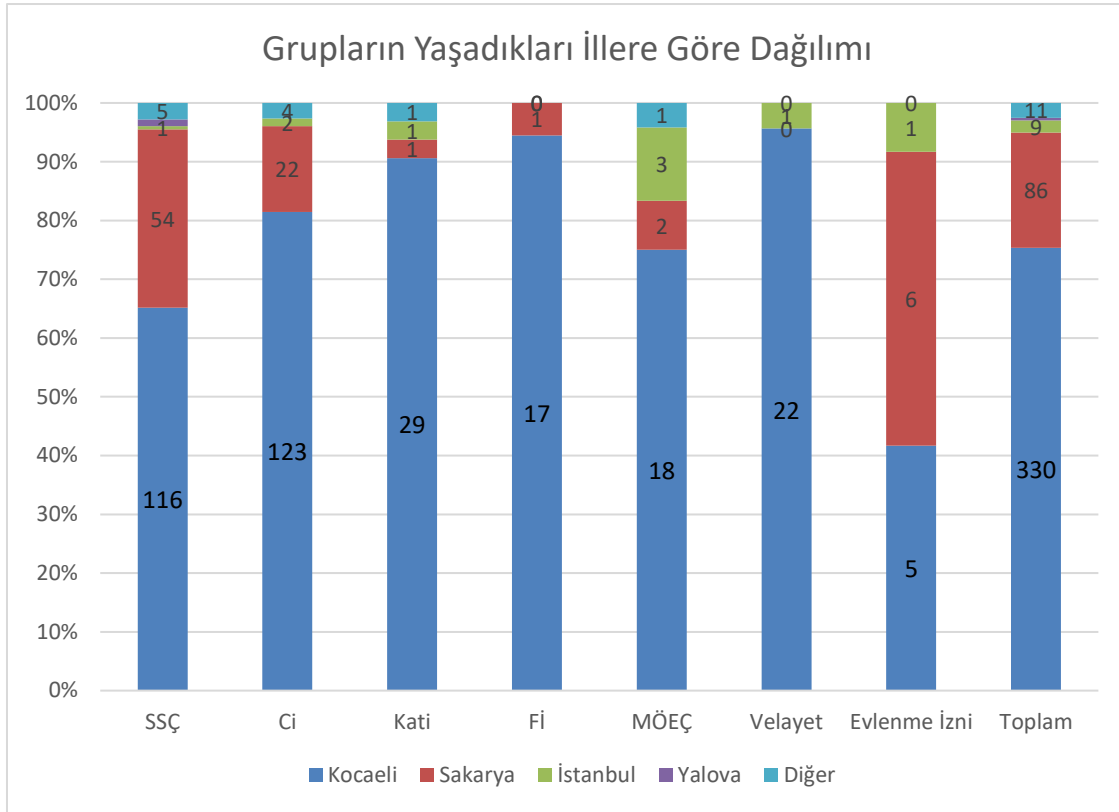
4.1.5 Olguların Doğdukları ve Yaşadıkları Yerlere göre Dağılımı

Olguların doğdukları iller incelendiğinde; Olguların doğum yerinin en çok Kocaeli olduğu (n:153 - %34,9), 67 olgunun (%15,3) doğum yerinin Sakarya olduğu, 123 (%28,1) olgunun doğum yerinin Kocaeli, Sakarya, İstanbul ve Yalova dışında bir il olduğu, 81 (%18,5) olgunun doğum yeri bilgisinin bilinmediği tespit edilmiştir. Olgu grupları arasında doğdukları iller açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Grafik 3)



Grafik 3: Olgu gruplarının doğdukları illere göre dağılımı

Olguların yaşadıkları iller incelendiğinde; olguların büyük bir bölümünün Kocaeli’de yaşadığı (n:330 - %75,3), ikinci sırada Sakarya ilinde yaşadıkları (n:86 - %19,6), 11 olgunun da (%2,5) Kocaeli, Sakarya, İstanbul ve Yalova dışındaki diğer illerde yaşadığı görülmüştür. Olgu grupları arasında yaşadıkları iller açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Grafik 4)

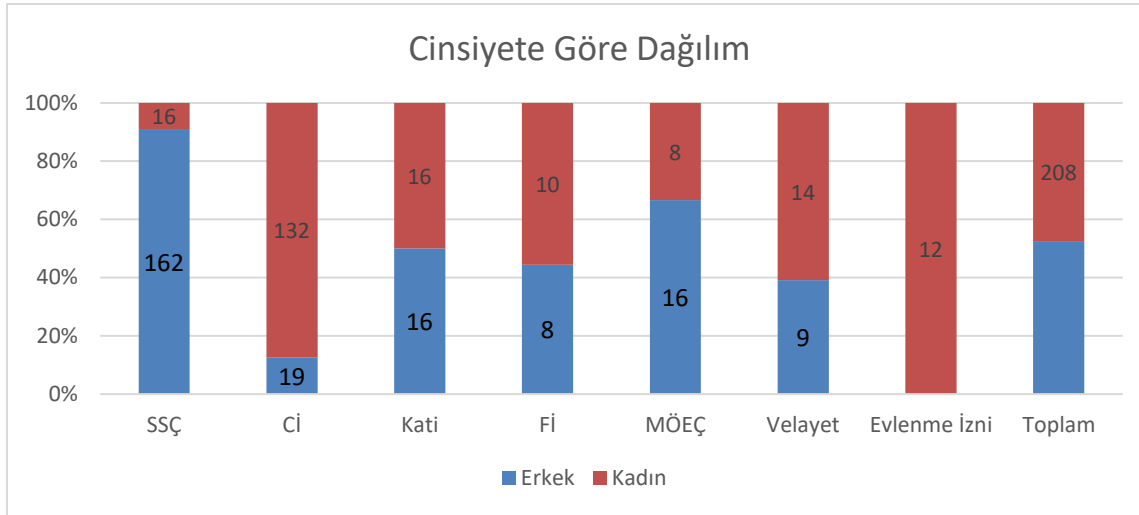


Grafik 4: Olgu gruplarının yaşadıkları illere göre dağılımı

4.1.6 Olguların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Çalışmamıza alınan olguların %52,5'u (n: 230) erkek, %47,5'u (n: 208) kadın cinsiyetindedir.

Cinsiyetler SSÇ grubunda % 91 (n: 162) erkek ve %9 (n: 16) kadın, Cİ grubunda % 12,6 (n: 19) erkek ve %87,4 (n: 132) kadın, Kati Rapor grubunda % 50 (n: 16) erkek ve %50 (n: 16) kadın, Fİ grubunda % 44,4 (n: 8) erkek ve %55,6 (n: 10) kadın, MÖEÇ grubunda % 66,7 (n: 9) erkek ve %33,3 (n: 8) kadın, Velayet grubunda % 39,1 (n: 9) erkek ve %60,9 (n: 12) kadın, Evlenme İzni grubunda %100 (n: 12) kadın olarak saptanmıştır. SSÇ grubunun büyük oranda erkek, Cİ ve Evlenme İzni grubunun büyük oranda kadın cinsiyetinde olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0,001$). (Grafik 5)



Grafik 5: Olgu gruplarının cinsiyete göre dağılımı

4.1.7 Olguların Eğitim Durumlarının İncelenmesi

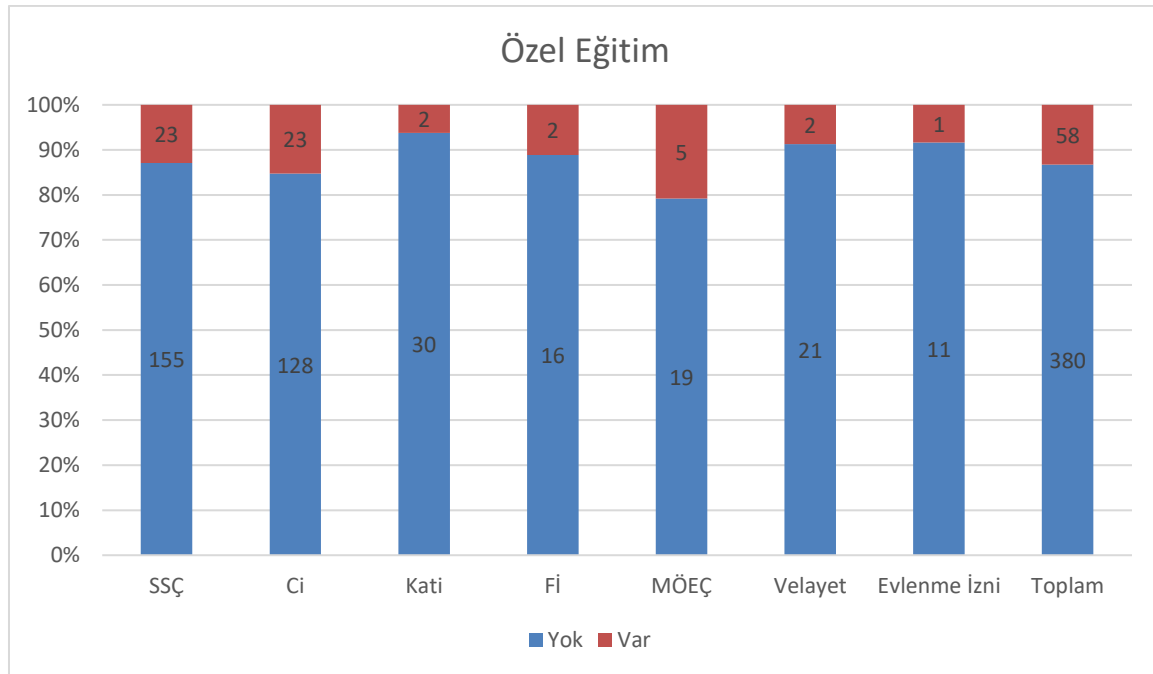
Olguların eğitim düzeylerini incelediğimizde; çocukların büyük çoğunluğunun lise ve ortaokul öğrencisi olduğu (n: 269 - %61,4), 6 çocuğun okul çağının gelmesine rağmen hiç okula gitmediği saptanmıştır. SSÇ grubundaki vakaların(n:58 - %32,6) ve Cİ grubundaki vakaların en çok liseye gittikleri (n:70 - %46,4) görülmüştür. Olgu grupları arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 7)

Tablo 7: Olguların eğitim düzeyleri

		Grup							Toplam
Eğitim Düzeyi		SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ	Velayet	Evlenme İzni	
Okula Başlamamış	N	1	1	0	0	0	0	0	2
	%	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Okul Öncesi	N	0	1	0	0	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
İlkokula Gidiyor	N	2	18	7	3	9	13	0	52
	%	3,8%	34,6%	13,5%	5,8%	17,3%	25%	0%	100%
İlkokul Mezunu	N	0	1	0	0	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
İlkokul Terk	N	13	4	0	0	0	0	0	17
	%	76,5%	23,5%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Ortaokula Gidiyor	N	44	43	7	6	5	6	0	111
	%	39,6%	38,7%	6,3%	5,4%	4,5%	5,4%	0%	100%

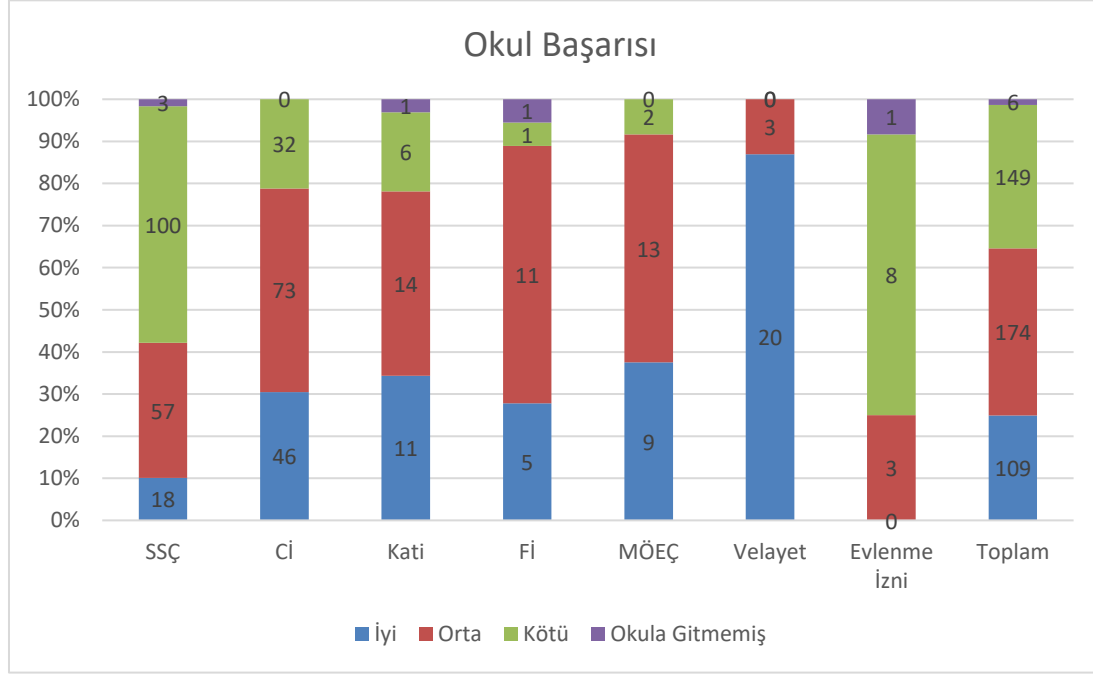
Ortaokul Mezunu	N	29	4	1	1	0	0	1	36
	%	80,5%	11,1%	2,8%	2,8%	0%	0%	2,8%	100%
Ortaokul Terk	N	17	4	1	1	1	0	4	28
	%	60,7%	14,2%	3,6%	3,6%	3,6%	0%	14,2%	100%
Liseye Gidiyor	N	58	70	13	5	5	4	3	158
	%	36,7%	44,3%	8,2%	3,1%	3,1%	2,5%	1,9%	100%
Lise Mezunu	N	0	1	0	0	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Lise Terk	N	11	4	2	1	4	0	3	25
	%	39,3%	16%	8%	4%	16%	0%	12%	100%
Okula Hiç Gitmemiş	N	3	0	1	1	0	0	1	6
	%	50%	0%	16,6%	16,6%	0%	0%	16,6%	100%

Olguların normal okul hayatının yanında özel eğitim alma durumları incelendiğinde; 58 olgunun (%12,5) özel eğitim aldığı, 380 olgunun (%87,5) özel eğitim almadığı görülmüştür. Olgu grupları arasında özel eğitim alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p:0,704$). (Grafik 6)



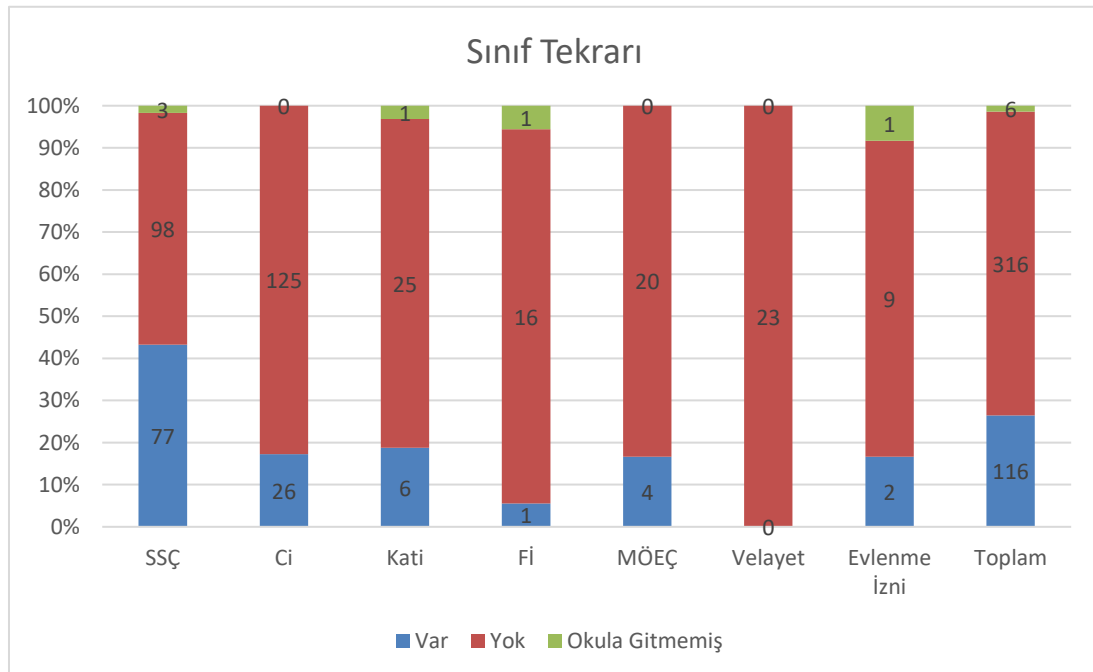
Grafik 6: Olgu gruplarının özel eğitim alma durumuna göre dağılımı

Olguların okul başarıları incelendiğinde; 149 çocuğun derslerini kötü olarak nitelendirdiği, gruplar arasında okul başarısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandığı ($p<0,001$), Velayet grubunun okul başarısı en iyi olan grup olduğu görülmüştür. (Grafik 7)



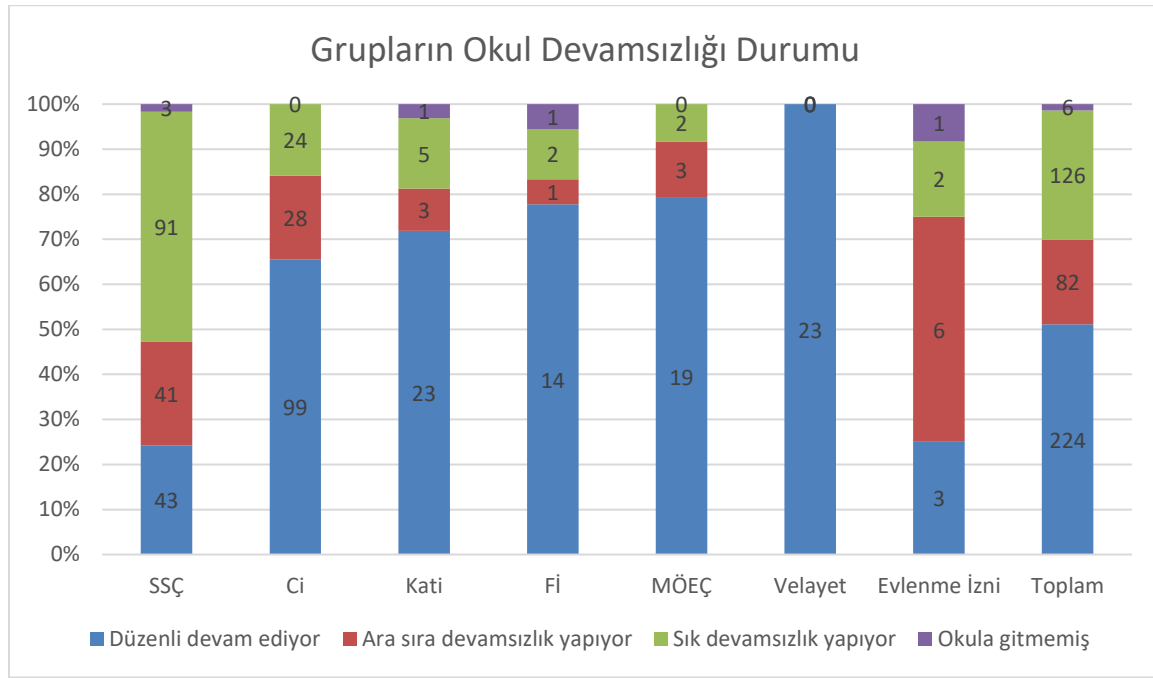
Grafik 7: Olgularının okul başarılarına göre dağılımı

Olguların sınıf tekrarı durumları incelendiğinde; 116 olgunun (%26,5) sınıf tekrarı yaptığı görülmüştür. Olgular arasında sınıf tekrarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. SSÇ grubundaki olguların en fazla sınıf tekrarı yapan olgular olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). (Grafik 8)



Grafik 8: Olgu gruplarının sınıf tekrarı durumuna göre dağılımı

Olguların okula devamsızlık durumları incelendiğinde; 224 çocuğun (%51,1) okula düzenli devam ettiği, 126 çocuğun (%28,8) sıklıkla okul devamsızlığı yaptığı, 82 çocuğun (%18,7) ara sıra okul devamsızlığı yaptığı görülmüştür. Olgu grupları okul devamsızlığı açısından karşılaştırıldığında, SSC grubunda devamsızlık yapan çocuk sayısının diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,001$), Velayet grubundaki tüm olguların okula düzenli gittiği saptanmıştır. (Grafik 9)



Grafik 9: Olgu gruplarının okul devamsızlık durumlarına göre dağılımı

Olguların özel eğitim alma durumları ile okul başarısı durumları karşılaştırıldığında; okul başarısını iyi olarak nitelendiren olguların %4,6'sının (n:5) özel eğitim aldığı, okul başarısını orta olarak nitelendiren olguların %9,8'inin (n:17) özel eğitim aldığı, okul başarısını kötü olarak nitelendiren olguların %24,2'sinin (n:36) özel eğitim aldığı görülmüştür. Okul başarısını kötü olarak nitelendiren olgularda özel eğitim alma oranı, okul başarısını iyi ve orta olarak nitelendiren olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Olguların özel eğitim alma durumları ile okul başarıları arasındaki ilişki Tablo 8'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Olguların özel eğitim alma durumları ile sınıf tekrarı durumları karşılaştırıldığında; sınıf tekrarı olmayan olguların %9,5'inin (n:30) özel eğitim aldığı, sınıf tekrarı olan olguların %24,5'inin (n:28) özel eğitim aldığı görülmüştür. Sınıf tekrarı olan olgularda özel eğitim alma

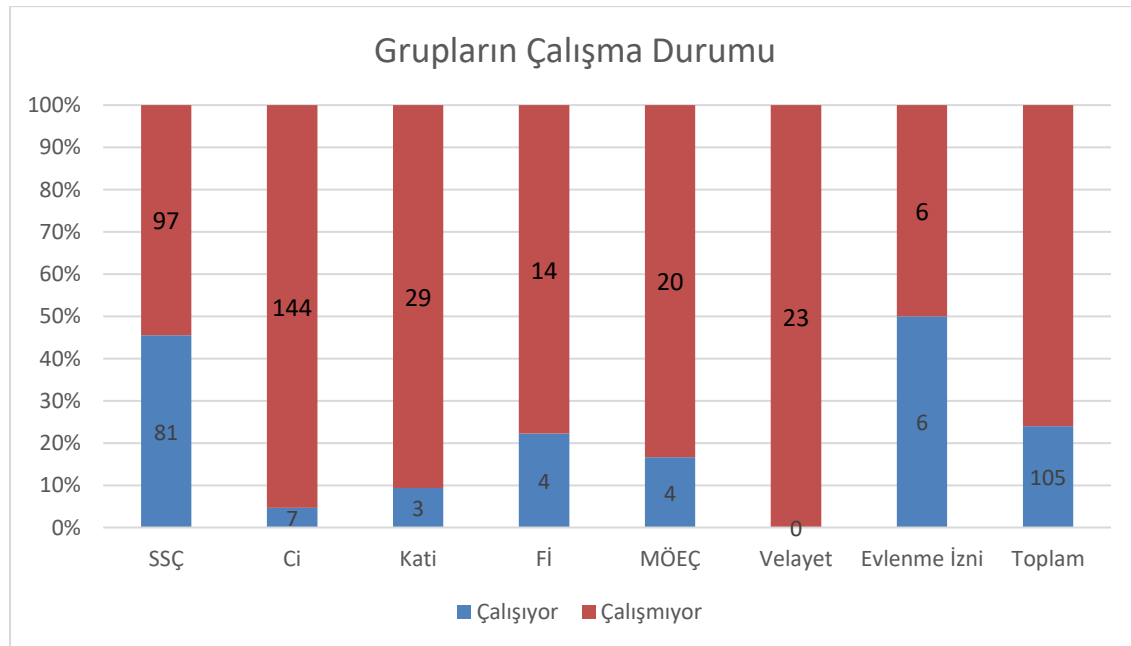
oranı, sınıf tekrarı olmayan olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p: 0,002). Olguların özel eğitim alma durumları ile sınıf tekrarı arasındaki ilişki Tablo 8’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 8: Olgularda özel eğitim alma durumu ile okul başarısı ve sınıf tekrarının karşılaştırılması

Özel Eğitim		Sınıf Tekrarı			Okul Başarısı				Toplam
		Var	Yok	Okula Gitmemiş	İyi	Orta	Kötü	Okula Gitmemiş	
Var	N	28	30	0	5	17	36	0	58
	%	24,1%	9,5%	0%	4,6%	9,8%	24,2%	0%	13,2%
Yok	N	88	286	6	104	157	113	6	380
	%	75,9%	90,5%	100%	95,4%	90,2%	75,8%	100%	86,8%

4.1.8 Olguların Çalışma Durumlarının İncelenmesi

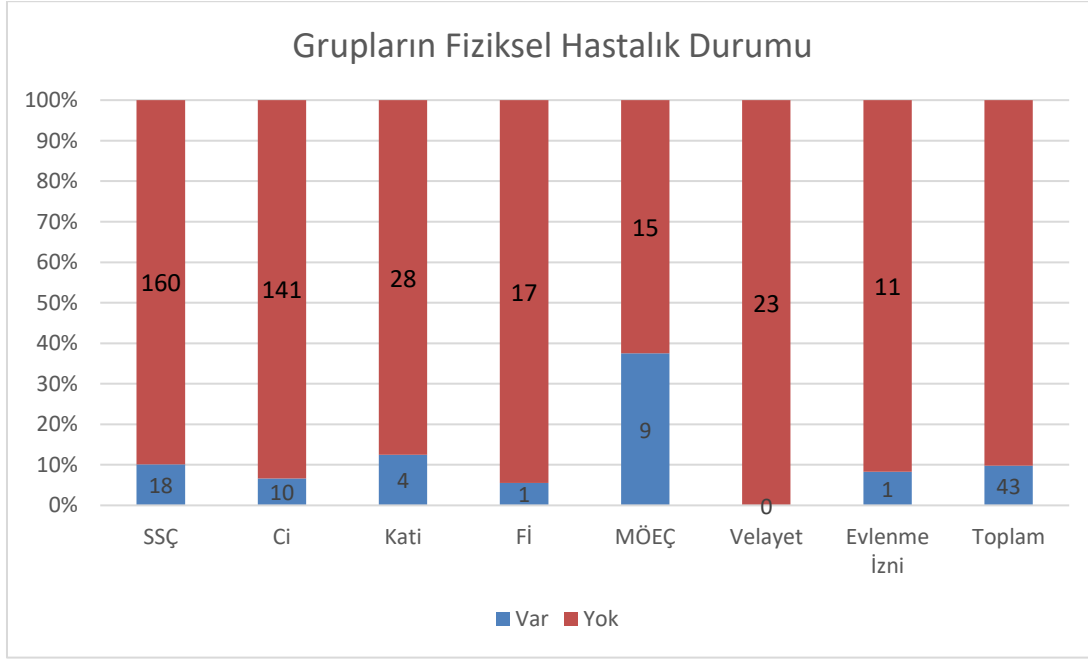
Olguların çalışma durumu incelendiğinde; tüm olguların 105 tanesinin (%24) çalışma hayatına dahil olduğu, Velayet grubundaki olguların hiçbirinin çalışmadığı görülmüştür. Olgu grupları çalışma durumu açısından karşılaştırıldıklarında, SSÇ ve Evlenme İzni gruplarında çalışan olgu sayısının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). (Grafik 10)



Grafik 10: Olgu gruplarının çalışma durumlarına göre dağılımı

4.1.9 Olguların Fiziksel Hastalık Durumlarının İncelenmesi

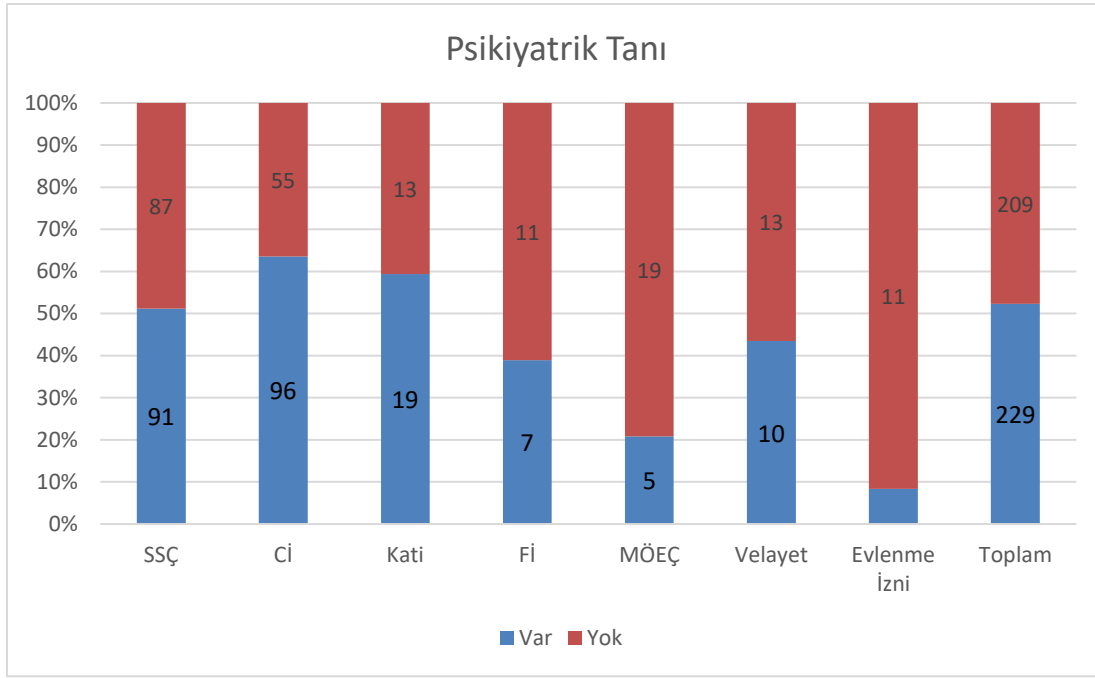
Olguların fiziksel hastalık durumları incelendiğinde; olguların 43 tanesinde (%9,8) bedensel bir özür, kronik bir hastalık gibi fiziksel bir hastalık öyküsü olduğu, Velayet grubundaki hiçbir vakanın fiziksel bir hastalık öyküsü olmadığı görülmüştür. Olgu grupları fiziksel hastalık varlığı açısından karşılaştırıldığında, MÖEÇ grubunda fiziksel hastalık varlığı diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p:0,001). (Grafik 11)



Grafik 11: Olgu gruplarının fiziksel hastalık durumlarına göre dağılımı

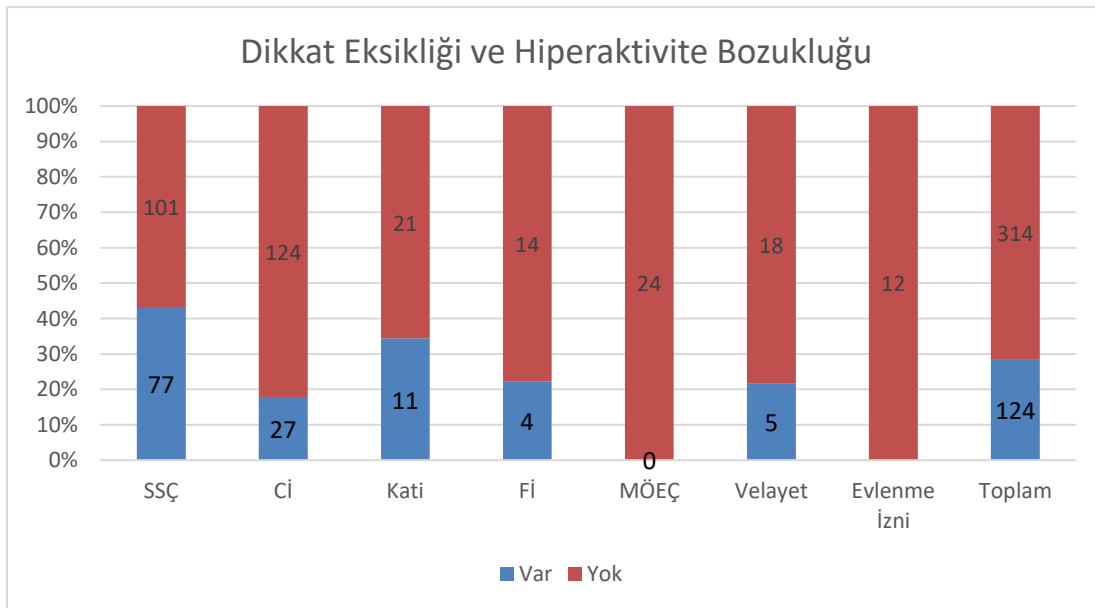
4.1.10 Olguların Psikiyatrik Hastalık Durumlarının İncelenmesi

Olguların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Major Depresif Bozukluk (MDB), Davranım Bozukluğu (DB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG), Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) gibi psikiyatrik hastalıklarla ilgili tanı aldıkları tespit edilmiştir. Olguların %52,2'sinin (n:229) bu psikiyatrik hastalık tanısını aldıkları görülmüştür. Olgu grupları psikiyatrik hastalık varlığı açısından karşılaştırıldığında, Cİ grubunda psikiyatrik hastalık tanısının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (p<0,001), Evlenme İzni grubunda psikiyatrik hastalık tanısının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu (p<0,001) görülmüştür. (Grafik 12)



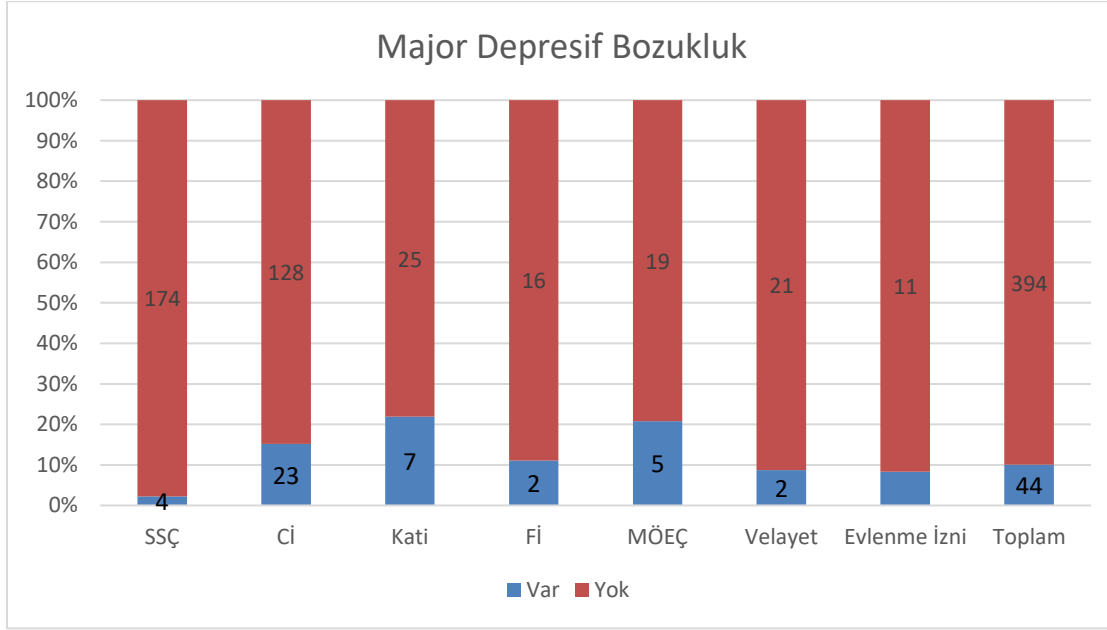
Grafik 12: Olgu gruplarının psikiyatrik tanı durumuna göre dağılımı

Olguların DEHB varlığına göre dağılımı incelendiğinde; tüm olguların %28,3'ünün (n:124) DEHB tanısının olduğu görülmüştür. Bu olguların 77 tanesinin SSÇ grubunda, 27 tanesinin Cİ grubunda, 11 tanesinin Kati Rapor grubunda, 5 tanesinin Velayet grubunda, 4 tanesinin de Fİ grubunda olduğu tespit edilmiştir. Olgu grupları DEHB varlığı açısından karşılaştırıldığında SSÇ ve Kati Rapor grubunda DEHB tanısının; Cİ, Fİ ve Velayet grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,001$), MÖEÇ ve Evlenme İzni gruplarındaki hiçbir olgunun DEHB tanısının olmadığı görülmüştür. (Grafik 13)



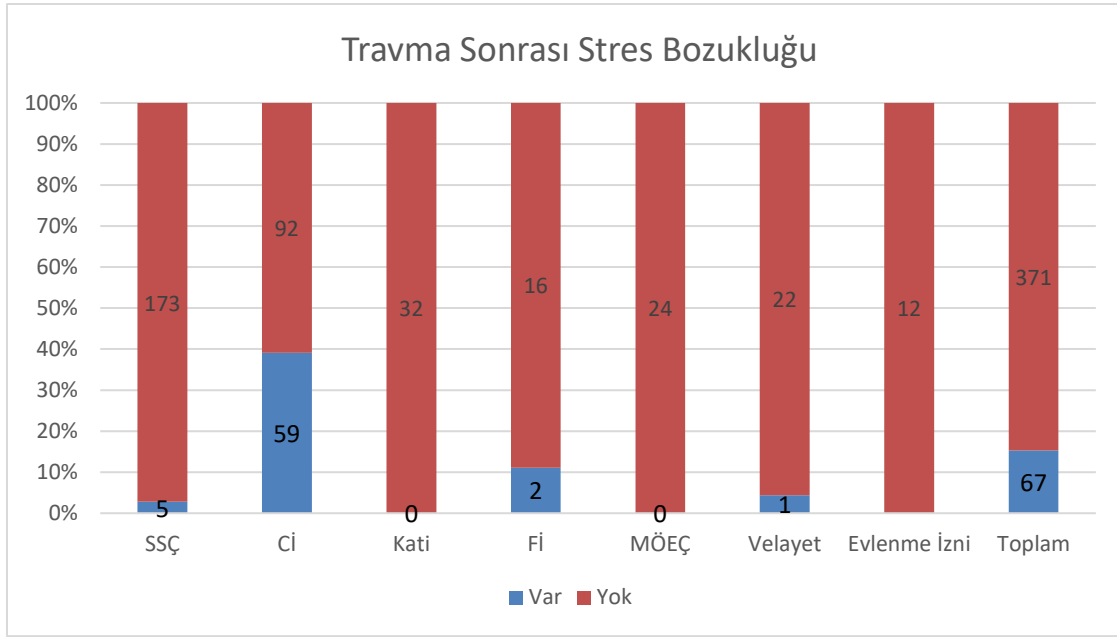
Grafik 13: Olgu gruplarının DEHB varlığına göre dağılımı

Olguların Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısının varlığına göre dağılımı incelendiğinde; tüm olguların %10'unun (n:44) MDB tanısının olduğu anlaşılmıştır. Bu olguların 23 tanesinin Cİ grubunda, 7 tanesinin Kati Rapor grubunda, 5 tanesinin MÖEÇ grubunda, 4 tanesinin SSÇ grubunda, 2 tanesinin Fİ grubunda, 2 tanesinin velayet grubunda, 1 tanesinin de Evlenme İzni grubunda olduğu görülmüştür. Olgu grupları MDB varlığı açısından karşılaştırıldığında, Kati Rapor grubunda MDB tanısının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,001). (Grafik 14)



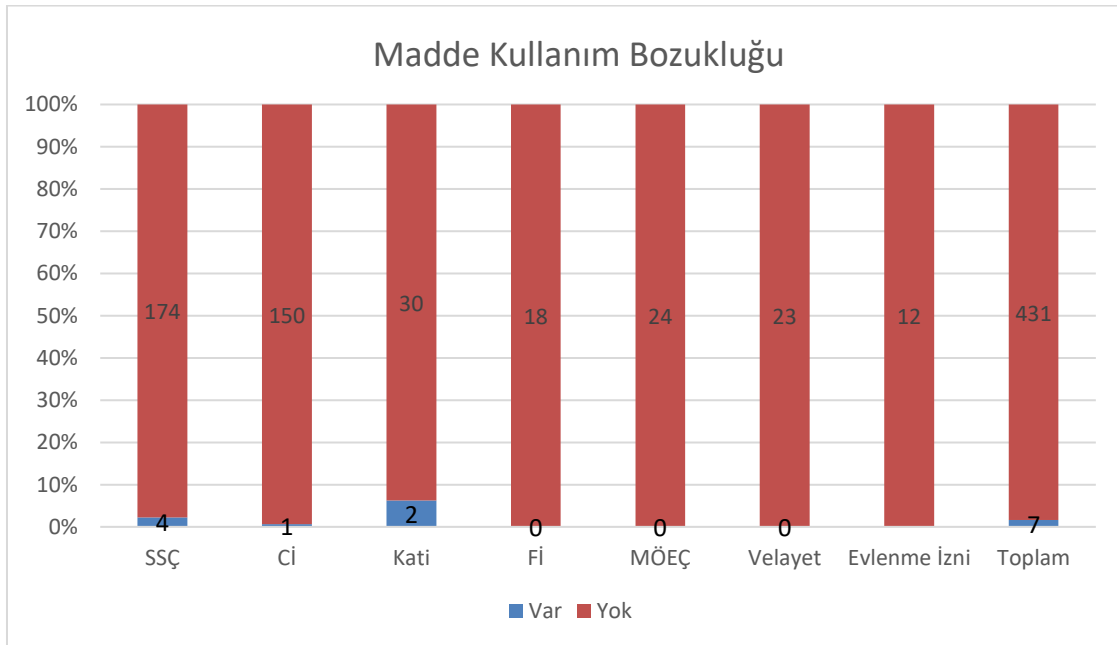
Grafik 14: Olgu gruplarının MDB varlığına göre dağılımı

Olguların TSSB tanısının varlığına göre dağılımı incelendiğinde; tüm olguların %15,3'ünün (n:67) TSSB tanısının olduğu anlaşılmıştır. Bu olguların 59 tanesinin Cİ grubunda, 5 tanesinin SSÇ grubunda, 2 tanesinin Fİ grubunda, 1 tanesinin Velayet grubunda olduğu görülmüştür. Olgu grupları TSSB varlığı açısından karşılaştırıldığında, Cİ grubunda TSSB tanısının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). (Grafik 15)



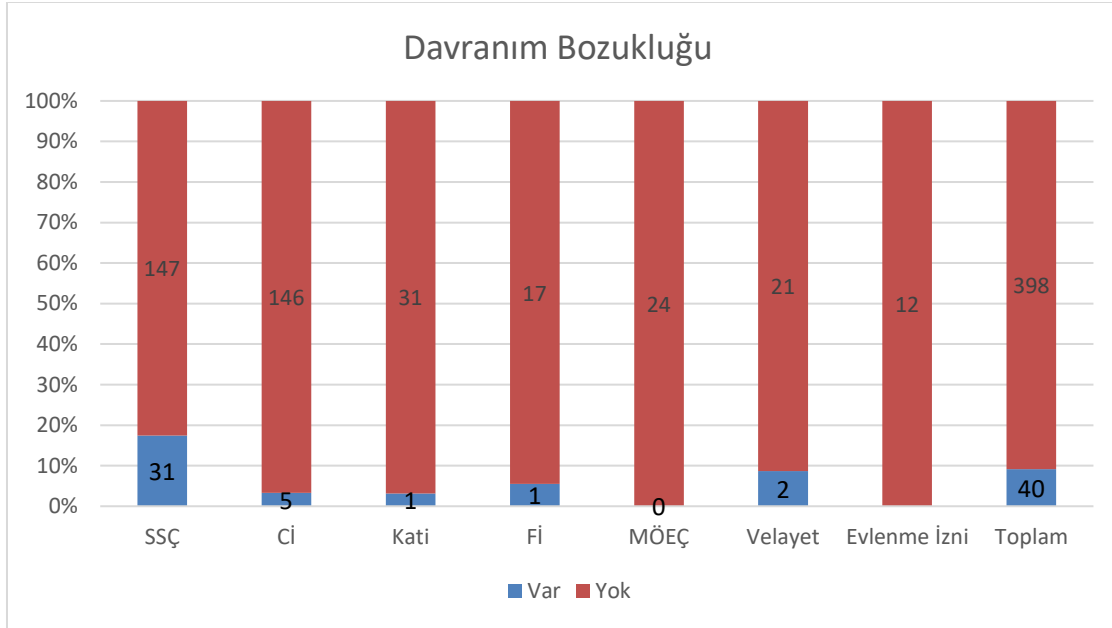
Grafik 15: Olgu gruplarının TSSB varlığına göre dağılımı

Olguların Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) tanısının varlığına göre dağılımı incelendiğinde; tüm olguların %1,6'sının (n:7) MKB tanısının olduğu anlaşılmıştır. Bu olguların 4 tanesinin SSÇ grubunda, 2 tanesinin Kati Rapor grubunda, 1 tanesinin de Cİ grubunda olduğu görülmüştür. Olgu grupları MKB varlığı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında MKB varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p:0,279). (Grafik 16)



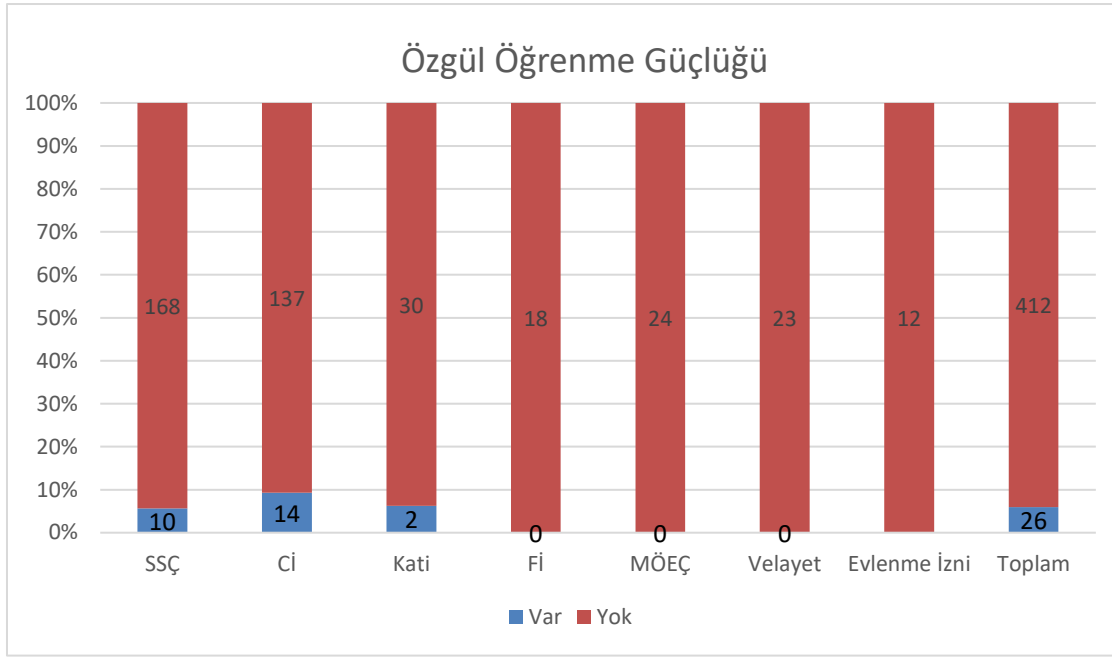
Grafik 16: Olgu gruplarının MKB varlığına göre dağılımı

Olguların DB tanısının varlığına göre dağılımı incelendiğinde; tüm olguların %9,1'inin (n:40) DB tanısının olduğu, bu olguların 31 tanesinin SSÇ grubunda, 5 tanesinin Cİ grubunda, 2 tanesinin Velayet grubunda, 1 tanesinin Kati Rapor grubunda, 1 tanesinin de Fİ grubunda olduğu görülmüştür. Olgu grupları DB varlığı açısından karşılaştırıldığında SSÇ grubunda DB tanısının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). (Grafik 17)



Grafik 17: Olgu gruplarının DB varlığına göre dağılımı

Olguların ÖÖG tanısının varlığına göre dağılımı incelendiğinde; tüm olguların %5,9'unun (n:26) ÖÖG tanısının olduğu, bu olguların 14 tanesinin Cİ grubunda, 10 tanesinin SSÇ grubunda, 2 tanesinin Kati Rapor grubunda olduğu görülmüştür. Olgu grupları ÖÖG varlığı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p:0,245$). (Grafik 18)



Grafik 18: Olgu gruplarının ÖÖG varlığına göre dağılımı

Olguların psikiyatrik hastalık varlığı ile okul başarıları durumları karşılaştırıldığında; okul başarısını iyi olarak nitelendiren olguların %44,8'inin (n:48) psikiyatrik bir hastalığının olduğu, okul başarısını orta olarak nitelendiren olguların %58,6'sının (n:102) psikiyatrik bir hastalığının olduğu, okul başarısını kötü olarak nitelendiren olguların %52,3'ünün (n:78) psikiyatrik bir hastalığının olduğu görülmüştür. Okul başarısını orta olarak nitelendiren olgularda psikiyatrik hastalık bulunma oranı, okul başarısını iyi ve kötü olarak nitelendiren olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p:0,031). Olguların psikiyatrik hastalık durumları ile okul başarıları arasındaki ilişki Tablo 9'da ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Olguların psikiyatrik hastalık varlığı ile sınıf tekrarı durumları karşılaştırıldığında; sınıf tekrarı olmayan olguların %52,8'inin (n:167) psikiyatrik bir hastalığının olduğu, sınıf tekrarı olan olguların %52,6'sının (n:61) psikiyatrik bir hastalığının olduğu görülmüştür. Sınıf tekrarı olan ve olmayan olgularda psikiyatrik bir hastalığının olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır. (p: 0,24). Olguların psikiyatrik bir hastalığının olma durumları ile sınıf tekrarı arasındaki ilişki Tablo 9'da ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 9: Olgularda psikiyatrik hastalık varlığı ile okul başarısı ve sınıf tekrarı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Psikiyatrik Hastalık		Sınıf Tekrarı			Okul Başarısı			Toplam	
		Var	Yok	Okula Gitmemiş	İyi	Orta	Kötü	Okula Gitmemiş	
Var	N	61	167	1	48	102	78	1	229
	%	52,6%	52,8%	16,7%	44%	58,6%	52,3%	16,7%	52,3%
Yok	N	55	149	5	61	72	71	5	209
	%	47,4%	47,2%	83,3%	56%	41,4%	47,7%	83,3%	47,7%

4.1.11 Olguların Zekâ Düzeylerinin İncelenmesi

Olguların zekâları, aldıkları WISC-R puanlarına ve klinik olarak tespit edilen zekâ düzeylerine göre incelenmiştir.

Olgu grupları WISC-R puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. WISC-R puanları en yüksek olan grubun Velayet grubu olduğu anlaşılmıştır.

WISC-R Toplam puanları karşılaştırıldığında; SSÇ grubunun WISC-R Toplam puanlarının Cİ, Kati, Fİ, Maluliyet ve Velayet gruplarının WISC-R Toplam puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Cİ grubunun WISC-R Toplam puanlarının Velayet grubunun WISC-R toplam puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Velayet grubunun WISC-R Toplam puanlarının, SSÇ, Cİ ve Evlenme İzni gruplarının WISC-R Toplam puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Tablo 10’da grupların WISC-R puanları verilmiştir.

Tablo 10: Olgu gruplarının WISC-R puanlarına göre dağılımı

	SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ	Velayet	Evlenme İzni
WISC-R Sözel (Ortalama±SS)	64±20,15 ^{b,c,d,e,f}	79±18,61 ^{a,f}	92,5±18,18 ^a	84,5±21,31 ^a	87,5±18,33 ^a	96±19,74 ^{a,b,g}	70±12,07 ^f
WISC-R Sözel (Min-Max)							54-93
WISC-R Sözel (per 25-75)	40-125	40-128	40-116	40-116	40-114	60-142	

	51,5-79	62-90	74-97,25	66,5-95,75	74,75-99	87-115	57-78,5
WISC-R Performans (Ortalama±SS)	69±21,77 b,c,d,e,f	84±21,34 a,f	96±21,20 a	90±26,04 a	88±20,29 a	113±17,02 a,b,g	76,5±18,50 f
WISC-R Performans (Min-Max)	40-133	40-140	42-136	42-136	46-127	73-145	50-102
WISC-R Performans (per 25-75)	51-84	72-101	79,75-110	76,75-112,5	76,5-100,75	101-119	55-94,25
WISC-R Toplam (Ortalama±SS)	64±21,04 b,c,d,e,f	81±19,55 a,f	94,5±19,75 a	86,5±23,92 a	85,5±18,28 a	103±18,33 a,b,g	72±15,66 f
WISC-R Toplam (Min-Max)	40-123	41-136	40-122	40-122	41-121	68-148	50-98
WISC-R Toplam (per 25-75)	47,75-79	65-92	77,75-100,75	71,75-102,5	77,25-98,5	93-116	53,75-82
<i>a: SSÇ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. b: Cİ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. c: Kati Rapor Grubuna göre anlamlı fark mevcut. d: Fİ Grubuna göre anlamlı fark mevcut. e: Maluliyet Grubuna göre anlamlı fark mevcut. f: Velayet Grubuna göre anlamlı fark mevcut. g: Evlenme İzni Grubuna göre anlamlı fark mevcut.</i>							

Olguların WISC-R puanlarına karşılık gelen zekâ düzeyleri incelendiğinde; olguların %24,7'sinin (n:108) Hafif Mental Retarde (MR), %22,8'inin (n:100) Normal Zekâ, %15,5'inin (n:68) Sınır Zekâ, %15,1'inin (n:66) Donuk Normal Zekâ, %13,9'unun (n:61) Orta MR, %5,7'sinin (n:25) Parlak Zekâ, %1,8'inin (n:8) Üstün Zekâ, %0,2'sinin (n:1) Çok Üstün Zekâ, %0,2'sinin (n:1) Ağır MR düzeyinde olduğu görülmüştür. WISC-R sonucunda zekâ düzeyi en yüksek olan grubun Velayet grubu olduğu görülmüştür.

Olgu grupları aldıkları WISC-R puanlarına karşılık gelen zekâ düzeylerinin dağılımına göre karşılaştırıldığında, Velayet grubundaki olguların test zekâ düzeylerinin diğer gruplardaki vakaların test zekâ düzeylerine kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Tablo 11'de grupların WISC-R sonuçlarına göre zekâ düzeyleri verilmiştir.

Tablo 11: Olgu gruplarının WISC-R puanlarına karşılık gelen zekâ düzeylerine göre dağılımı

WISC-R Sonuçlarına Göre Zekâ Düzeyi											
Grup		Ağır MR	Orta MR	Hafif MR	Sınır Zekâ	Donuk Normal	Normal	Parlak	Üstün	Çok Üstün	Toplam
SSÇ	N	1	48	56	31	18	17	6	1	0	178
	%	0,6%	27%	31,5%	17,4%	10,1%	9,6%	3,4%	0,6%	0%	100%
Cİ	N	0	7	38	24	28	45	5	3	1	151
	%	0%	4,6%	25,2%	15,9%	18,5%	29,8%	3,3%	2%	0,7%	100%
Kati	N	0	2	4	2	6	15	3	0	0	32
	%	0,0%	6,3%	12,5%	6,3%	18,8%	46,9%	9,4%	0%	0%	100%
Fİ	N	0	2	2	2	4	5	3	0	0	18
	%	0%	11,1%	11,1%	11,1%	22,2%	27,8%	16,7%	0%	0%	100%
MÖEÇ	N	0	1	3	5	5	7	2	0	0	24
	%	0%	4,2%	12,5%	20,8%	20,8%	29,2%	8,3%	0%	0%	100%
Velayet	N	0	0	1	1	2	10	6	3	0	23
	%	0%	0%	4,3%	4,3%	8,7%	43,5%	26,1%	13%	0%	100%
Evlenme İzni	N	0	1	4	3	3	1	0	0	0	12
	%	0%	8,3%	33,3%	25%	25%	8,3%	0%	0%	0%	100%
Toplam	N	1	61	108	68	66	100	25	8	1	438
	%	0,2%	13,9%	24,7%	15,5%	15,1%	22,8%	5,7%	1,8%	0,2%	100%

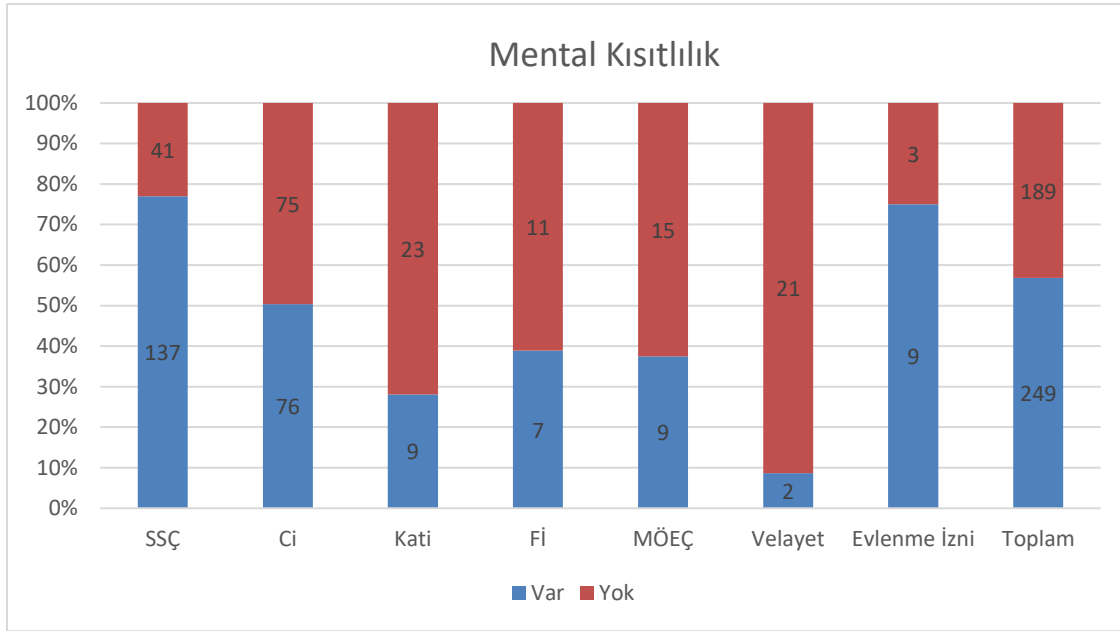
Olguların klinik olarak tespit edilen zekâ düzeyleri incelendiğinde; olguların %35,6'sının (n:156) Normal Zekâ, %21,5'inin (n:94) Sınır Zekâ, %20,1'inin (n:88) Hafif MR, %13,5'inin (n:59) Donuk Normal Zekâ, %5,5'inin (n:24) Parlak Zekâ, %1,8'inin (n:8) Üstün Zekâ, %1,8'inin (n:8) Orta MR, %0,2'sinin (n:1) Çok Üstün Zekâ düzeyinde olduğu görülmüştür. Klinik olarak Ağır MR olgu saptanmamıştır. Klinik olarak zekâ düzeyi en yüksek olan grubun yine Velayet grubu olduğu görülmüştür.

Olgu grupları klinik olarak tespit edilen zekâ düzeylerinin açısından karşılaştırıldığında Velayet grubundaki olguların klinik zekâ düzeylerinin diğer gruplardaki vakaların klinik zekâ düzeylerine kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Tablo 12'de grupların klinik zekâ düzeyleri verilmiştir.

Tablo 12: Olgu gruplarının klinik olarak tespit edilen zekâ düzeylerine göre dağılımı

		Klinik Zekâ Düzeyi									Toplam
Grup		Ağır MR	Orta MR	Hafif MR	Sınır Zekâ	Donuk Normal	Normal	Parlak	Üstün	Çok Üstün	
SSÇ	N	0	6	55	53	23	34	6	1	0	178
	%	0%	3,4%	30,9%	29,8%	12,9%	19,1%	3,4%	0,6%	0%	100%
Cİ	N	0	2	23	27	24	67	4	3	1	151
	%	0%	1,3%	15,2%	17,9%	15,9%	44,4%	2,6%	2%	0,7%	100%
Kati	N	0	0	2	5	2	20	3	0	0	32
	%	0,0%	0%	6,3%	15,6%	6,3%	62,5%	9,4%	0%	0%	100%
Fİ	N	0	0	2	2	3	8	3	0	0	18
	%	0%	0%	11,1%	11,1%	22,2%	44,4%	16,7%	0%	0%	100%
MÖEÇ	N	0	0	2	4	3	12	2	1	0	24
	%	0%	0%	8,3%	16,7%	12,5%	50%	8,3%	4,2%	0%	100%
Velayet	N	0	0	1	0	1	12	6	3	0	23
	%	0%	0%	4,3%	4,3%	4,3%	52,2%	26,1%	13%	0%	100%
Evlenme İzni	N	0	0	3	3	3	3	0	0	0	12
	%	0%	0%	25%	25%	25%	25%	0%	0%	0%	100%
Toplam	N	0	8	88	94	59	156	24	8	1	438
	%	0%	1,8%	20,1%	21,5%	13,5%	35,6%	5,5%	1,8%	0,2%	100%

Klinik olarak normal zekâ düzeyinin altında olan olgular mental kısıtlı kabul edilerek olguların klinik olarak mental kısıtlılık durumu incelendiğinde; olguların büyük çoğunluğunda (n: 249 - %56,8) mental kısıtlılık olduğu, SSÇ ve Evlenme İzni gruplarında mental kısıtlılık oranı diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Grupların mental kısıtlılık varlığı açısından dağılımı Grafik 19'da verilmiştir.



Grafik 19: Olgu gruplarının mental kısıtlılık varlığı açısından dağılımı

Olguların mental kısıtlılık varlığı ile okul başarıları durumları karşılaştırıldığında; okul başarısını iyi olarak nitelendiren olguların %16,5'inin (n:18) mental kısıtlılığının olduğu, okul başarısını orta olarak nitelendiren olguların %55,7'sinin (n:97) mental kısıtlılığının olduğu, okul başarısını kötü olarak nitelendiren olguların %85,9'unun (n:128) mental kısıtlılığının olduğu görülmüştür. Okul başarısını iyi olarak nitelendiren olgularda mental kısıtlılık bulunma oranı, okul başarısını orta ve kötü olarak nitelendiren olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Olguların mental kısıtlılık durumları ile okul başarıları arasındaki ilişki Tablo 13'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Olguların mental kısıtlılık varlığı ile sınıf tekrarı durumları karşılaştırıldığında; sınıf tekrarı olmayan olguların %47,2'sinin (n:149) mental kısıtlılığının olduğu, sınıf tekrarı olan olguların %81'inin (n:94) mental kısıtlılığının olduğu görülmüştür. Sınıf tekrarı olan ve okula hiç gitmeyen olgularda mental kısıtlılık oranı sınıf tekrarı olmayan olgulara kıyasla mental kısıtlılık oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p<0,001$). Olguların mental kısıtlılık durumları ile sınıf tekrarı arasındaki ilişki Tablo 13'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

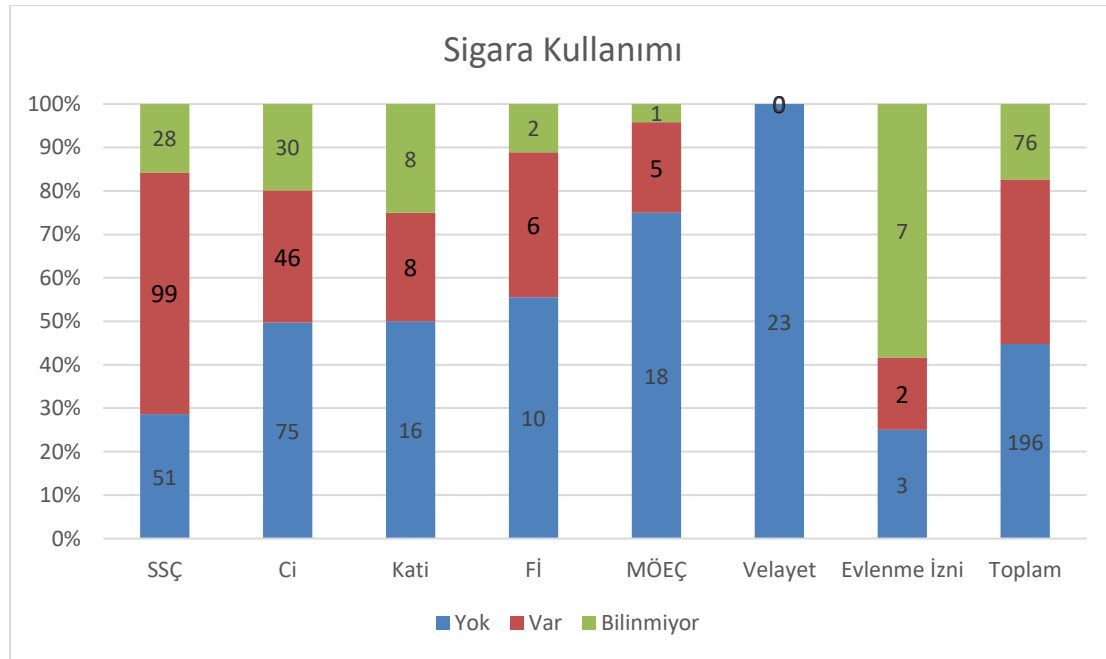
Tablo 13: Olgularda mental kısıtlılık ile okul başarısı ve sınıf tekrarı ilişkisinin incelenmesi

Mental Kısıtlılık		Sınıf Tekrarı			Okul Başarısı			Toplam	
		Var	Yok	Okula Gitmemiş	İyi	Orta	Kötü	Okula Gitmemiş	
Var	N	94	149	6	18	97	128	6	249
	%	81%	47,2%	100%	16,5%	55,7%	85,9%	100%	56,8%
Yok	N	22	167	0	91	77	21	0	189
	%	19%	52,8%	0%	83,5%	44,3%	14,1%	0%	43,2%

4.1.12 Olguların Alışkanlık Durumlarının İncelenmesi

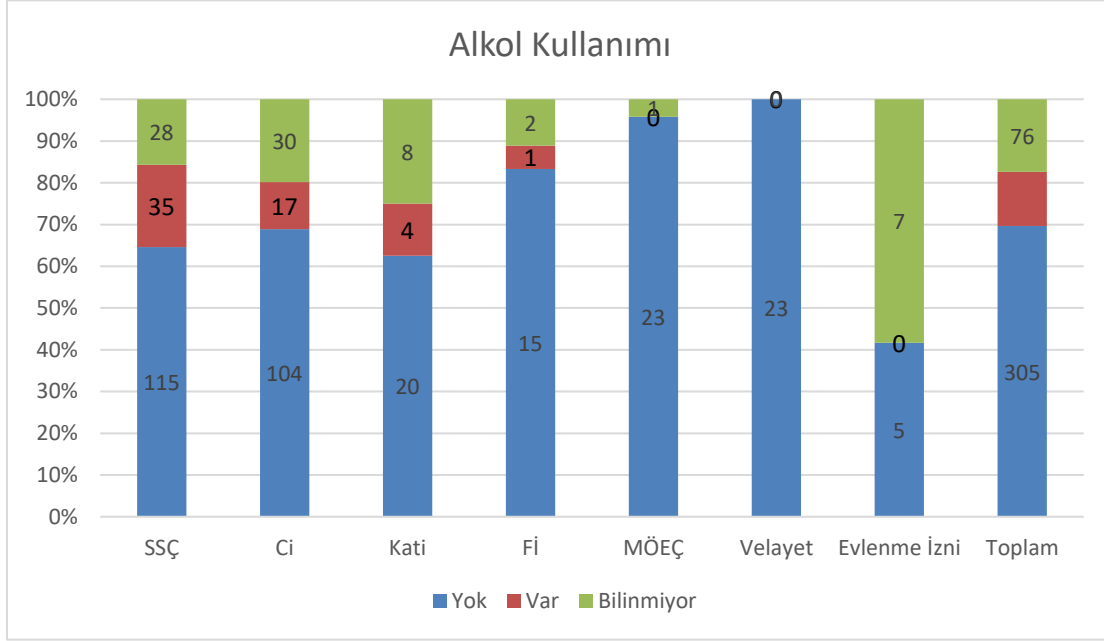
Olgular sigara, alkol, uyuşturucu-uyarıcı madde kullanımları açısından da değerlendirilmiştir.

Olguların sigara kullanımı incelendiğinde, tüm olguların %37,9'unun (n:166) sigara kullandığı, %44,7'sinin (n:196) sigara kullanmadığı, %17,4'ünün (n:76) sigara kullanım durumuna dair veri olmadığı anlaşılmıştır. Velayet grubundaki hiçbir vakanın sigara kullanmadığı görülmüştür. SSÇ grubunda sigara kullanımının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (n:99 - %55,6) saptanmıştır ($p<0,001$). (Grafik 20)

**Grafik 20:** Olgu gruplarının sigara kullanımına göre dağılımı

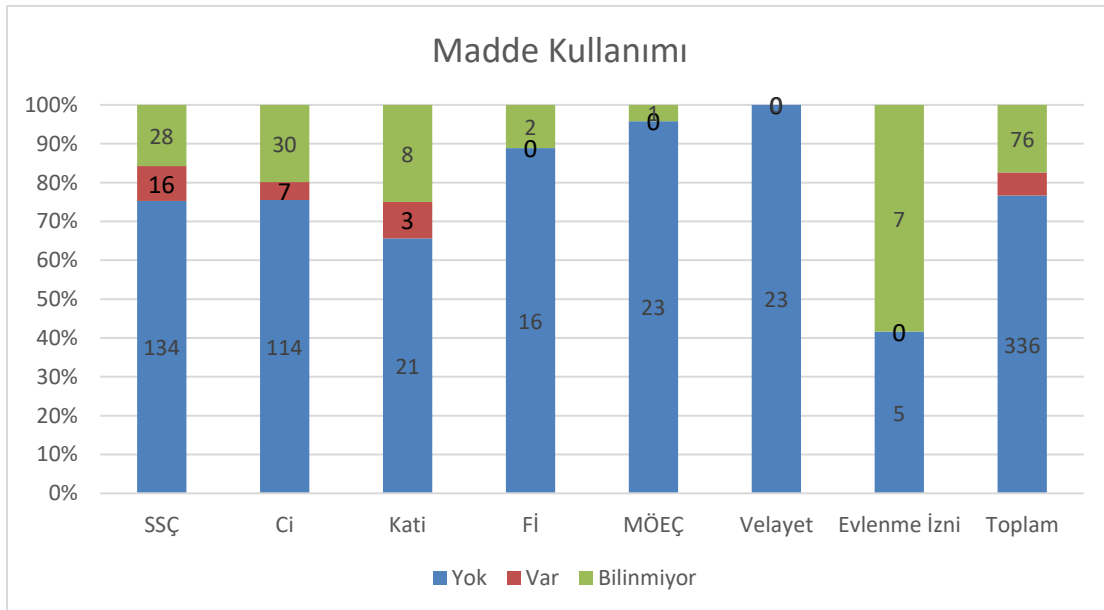
Olguların alkol kullanımı incelendiğinde, tüm olguların %13'ünün (n:57) alkol kullandığı, %69,6'sının (n:305) alkol kullanmadığı, %17,4'ünün (n:76) alkol kullanımına dair veri

bulunmadığı anlaşılmıştır. Velayet grubundaki hiçbir vakanın alkol kullanmadığı görülmüştür. SSÇ grubunda alkol kullanımının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (n:35 - %19,7) saptanmıştır (p:0,001). (Grafik 21)



Grafik 21: Olgu gruplarının alkol kullanımına göre dağılımı

Olguların madde kullanımı incelendiğinde, tüm olguların %6'sının (n:26) madde kullandığı, %76,7'sinin (n:336) madde kullanmadığı, %17,4'ünün (n:76) madde kullanımıyla ilgili veri olmadığı anlaşılmıştır. Velayet grubundaki hiçbir olgunun madde kullanmadığı görülmüştür. SSÇ grubunda madde kullanımının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (n:16 - %9) saptanmıştır (p<0,001). (Grafik 22)



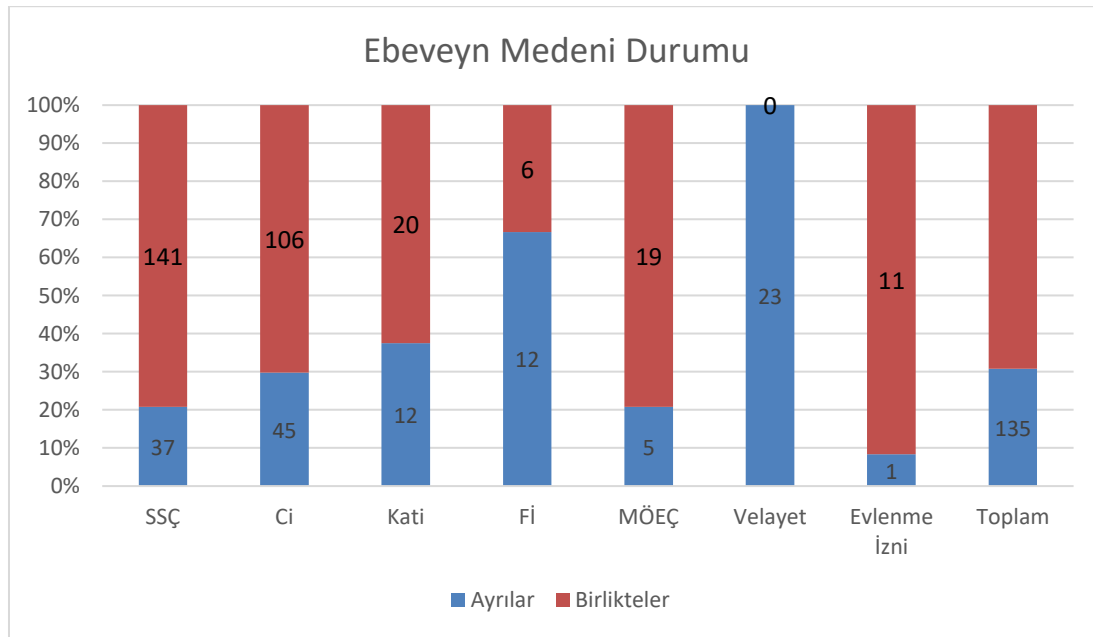
Grafik 22: Olgu gruplarının madde kullanımına göre dağılımı

4.2 Olguların Ebeveyn ve Aile Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde olguların ebeveynlerinin medeni durumu, sağ olma durumu, eğitim, meslek ve çalışma durumları, aile yapıları, kimlerle yaşadıkları, kardeş sayıları ve üvey kardeş durumları incelenecektir.

4.2.1 Ebeveynlerin Medeni Durumlarının İncelenmesi

Olguların ebeveynlerinin medeni durumu incelendiğinde; 135 olgunun (%30,8) anne ve babasının ayrı oldukları geri kalan 303 olgunun (%69,2) anne ve babasının birlikte yaşadığı anlaşılmıştır. Fİ grubunda ebeveynlerin ayrı olma durumunun, SSÇ, Cİ, MÖEÇ ve Evlenme İzni grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek (n:12 - %66,7) olduğu saptanmıştır (p<0,001). Velayet grubu vakaların ebeveynleri zaten ayrı oldukları için bu kıyaslamaların dışında tutulmuştur. Grafik 23'te ebeveynlerin medeni durumları ayrıntılı olarak verilmiştir.

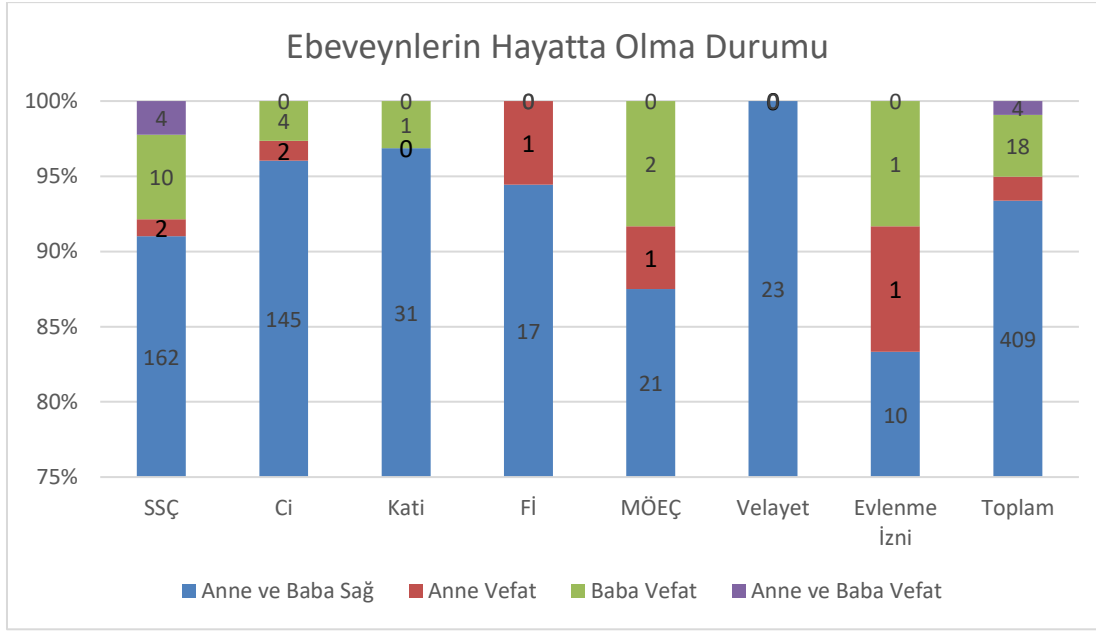


Grafik 23: Olgu gruplarının ebeveynlerinin medeni durumlarına göre dağılımları

4.2.2 Ebeveynlerin Hayatta Olma Durumlarının İncelenmesi

Olguların ebeveynlerinin sağ olma durumu incelendiğinde; 409'unun (%93,4) anne ve babasının sağ olduğu, 7 tanesinin (%1,6) annesinin vefat etmiş olduğu, 18 tanesinin (%4,1) babasının vefat etmiş olduğu, 4 tanesinin de (%0,9) hem anne hem babasının vefat etmiş olduğu anlaşılmıştır. Olgu grupları arasında ebeveynlerin hayatta olma durumu açısından

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı (p:0,362) saptanmıştır. Grafik 24’te ebeveynlerin hayatta olma durumu ayrıntılı olarak verilmiştir.



Grafik 24: Olgu gruplarının ebeveynlerinin sağlık durumlarına göre dağılımları

4.2.3 Ebeveynlerin Eğitim Düzeylerinin İncelenmesi

Tüm olguların annelerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde; 96 (%21,9) olgunun anne eğitim düzeyinin ortaokul ve üstü olduğu, 179 olgunun (%40,8) anne eğitim düzeyinin ilkokul ve altı olduğu, 47 (%10,7) olgunun annelerinin okuma yazma bilmediği, 116 olgunun (%26,5) annelerinin eğitim düzeyinin bilinmediği anlaşılmıştır. Velayet grubunda anne eğitim düzeyinin diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Anne eğitim düzeylerinin ayrıntılı dağılımı Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14: Olgu gruplarının anne eğitim düzeylerinin dağılımı

		Grup							Toplam
Anne Eğitim Düzeyi		SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ	Velayet	Evlenme İzni	
Okur Yazar Değil	N	27	14	2	1	1	0	2	47
	%	57,4%	29,7%	4,2%	2,1%	2,1%	0%	4,2%	10,7%
Okur Yazar	N	8	3	0	0	1	0	0	12
	%	66,6%	25%	0%	0%	8,3%	0%	0%	2,7%
İlkokul	N	50	75	12	6	9	2	5	159
	%	31,4%	47,1%	7,5%	3,7%	5,6%	1,2%	3,1%	36,3%

İlkokul Terk	N	2	5	0	0	1	0	0	8
	%	25%	62,5%	0%	0%	12,5%	0%	0%	1,8%
Ortaokul	N	14	14	2	1	1	1	1	34
	%	41,1%	41,1%	5,8%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	7,8%
Ortaokul Terk	N	1	0	0	0	0	0	0	1
	%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,2%
Lise	N	10	13	4	0	0	13	0	40
	%	25%	32,5%	10%	0%	0%	32,5%	0%	9,1%
Lise Terk	N	0	1	0	0	0	1	0	2
	%	0%	50%	0%	0%	0%	50%	0%	0,4%
Ön Lisans	N	1	0	0	0	0	0	0	1
	%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,2%
Lisans	N	4	4	4	3	0	3	0	18
	%	22,2%	22,2%	22,2%	16,6%	0%	16,6%	0%	4,1%
Yüksek Lisans	N	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Doktora	N	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Bilinmiyor	N	61	22	8	7	11	3	4	116
	%	52,5%	18,9%	6,8%	6%	9,4%	2,5%	3,4%	26,5%

Tüm olguların babalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde; 108 (%24,6) olgunun baba eğitim düzeyinin ortaokul ve üstü olduğu, 174 olgunun (%39,8) baba eğitim düzeyinin ilkokul ve altı olduğu, 36 (%8,2) olgunun babalarının okuma yazma bilmediği, 120 olgunun (%27,3) babalarının eğitim düzeyinin bilinmediği görülmüştür. Velayet grubunda baba eğitim düzeyinin diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Baba eğitim düzeylerinin ayrıntılı dağılımı Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15: Olgu gruplarının baba eğitim düzeylerinin dağılımı

		Grup							Toplam
Baba Eğitim Düzeyi		SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ	Velayet	Evlenme İzni	
Okur Yazar Değil	N	19	13	2	1	0	0	2	36
	%	52,7%	36,1%	5,5%	2,7%	0%	0%	5,5%	8,2%

Okur Yazar	N	12	2	0	0	2	0	0	16
	%	75%	12,5%	0%	0%	12,5%	0%	0%	3,7%
İlkokul	N	48	72	12	12	7	4	5	154
	%	31,1%	46,7%	7,7%	7,7%	4,5%	2,5%	3,2%	35,2%
İlkokul Terk	N	2	1	0	0	0	1	0	4
	%	50%	25%	0%	0%	0%	25%	0%	0,9%
Ortaokul	N	14	13	2	3	0	2	1	33
	%	42,4%	39,3%	6%	9%	0%	6%	3%	7,5%
Ortaokul Terk	N	0	1	0	0	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0,2%
Lise	N	14	13	4	3	2	6	0	39
	%	35,8%	33,3%	10,2%	7,6%	5,1%	15,3%	0%	8,9%
Lise Terk	N	0	1	0	0	0	0	0	1
	%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0,2%
Ön Lisans	N	1	2	0	0	1	2	0	6
	%	16,6%	33,3%	0%	0%	16,6%	33,3%	0%	1,3%
Lisans	N	4	6	4	4	3	6	0	25
	%	16%	24%	16%	16%	12%	24%	0%	5,7%
Yüksek Lisans	N	1	0	0	0	0	1	0	2
	%	50%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0,4%
Doktora	N	1	0	0	0	0	0	0	1
	%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,2%
Bilinmiyor	N	62	27	8	9	10	1	4	120
	%	51,6%	22,5%	6,6%	7,5%	8,3%	0,83%	3,3%	27,3%

4.2.4 Ebeveynlerin Meslek ve Çalışma Durumlarının İncelenmesi

Bu bölümde olguların ebeveynlerinin meslekleri ve çalışma durumları incelenecektir.

Çalışmaya dahil edilen olguların annelerinin meslekleri incelendiğinde; 258 olgunun (%58,9) annesinin ev hanımı olduğu, 75 olgunun (%17,1) annesinin işçi olarak çalıştığı, 54 olgunun (%12,3) annesinin mesleği hakkında veri olmadığı anlaşılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen olguların babalarının meslekleri incelendiğinde 187 olgunun(%42,7) babasının işçi olarak çalıştığı, 41 olgunun (%9,4) babasının çalışmadığı, 74 olgunun (%16,9) babasının mesleği hakkında veri bulunmadığı anlaşılmıştır. Tablo 16'da olguların anne ve baba mesleklerinin ayrıntılı dağılımı verilmiştir.

Tablo 16: Olguların ebeveyn mesleklerinin dağılımı

Meslek		Ebeveyn		Toplam
		Anne	Baba	
Ev Hanımı	N	258	0	258
	%	100%	0%	100%
İşçi	N	75	187	262
	%	28,6%	71,4%	100%
Memur/Beyaz Yaka	N	11	21	32
	%	34,3%	65,7%	100%
Esnaf	N	14	67	81
	%	17,2%	82,8%	100%
Serbest	N	19	73	92
	%	20,6%	79,4%	100%
Emekli	N	5	15	20
	%	25%	75%	100%
Diğer	N	2	1	3
	%	66,6%	33,4%	100%
Bilinmiyor	N	54	74	128
	%	42,1%	57,9%	100%

Olgu gruplarının anne meslekleri incelendiğinde; SSÇ (n:105 - %59), Cİ (n:97 - %64,2), Kati (n:19 - %59,4), Fİ (n:11 - %61,1), MÖEÇ (n:12 - %50) ve Evlenme İzni (n:8 - %66,6) gruplarının büyük bölümünün anne mesleğinin ev hanımı olduğu anlaşılmıştır. Velayet grubundaki olguların büyük bölümünün (n:9 - %39,1) anne mesleğinin işçi olduğu anlaşılmıştır. Mesleği Memur/Beyaz Yaka olan annelerin 3 tanesinin (%27,3) SSÇ, 3 tanesinin Fİ (%27,3), 2 tanesinin (%18,2) Velayet, 2 tanesinin Cİ (%27,3), 1 tanesinin Kati Rapor grubunda olduğu görülmüştür.

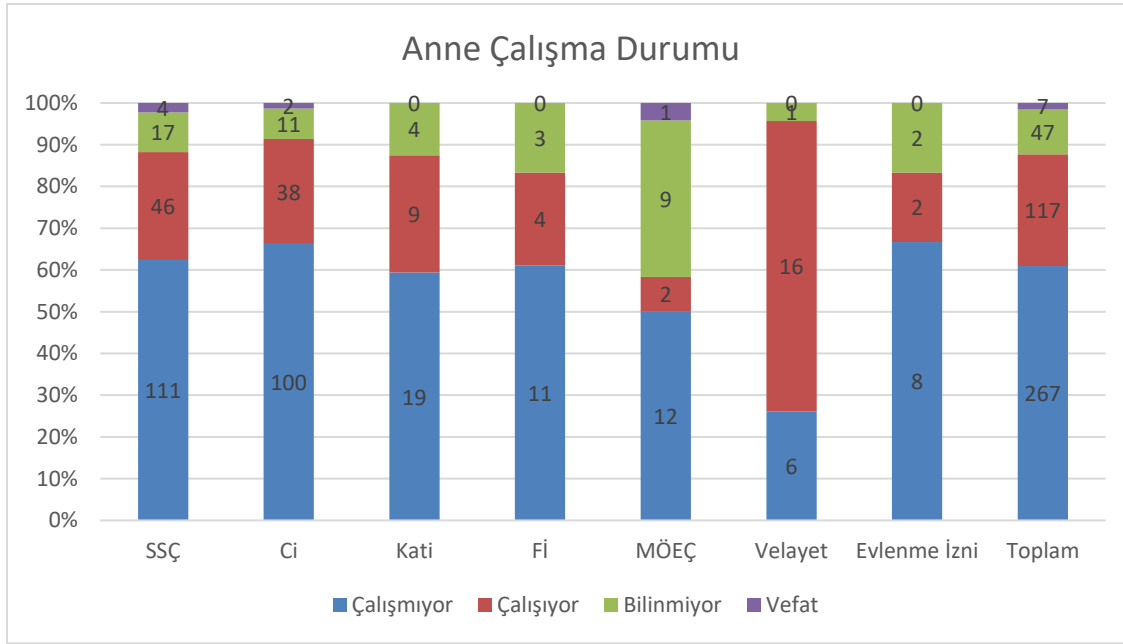
Olgu gruplarının anne meslekleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anne meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p>0,05$). Olgu gruplarında anne mesleklerinin ayrıntılı dağılımı Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Olgu gruplarının anne mesleklerinin dağılımı

Anne Mesleği		Grup							Toplam
		SSÇ	Cİ	Katı	Fİ	MÖEÇ	Velayet	Evlenme İzni	
Ev Hanımı	N	105	97	19	11	12	6	8	258
	%	40,6%	37,5%	7,3%	4,2%	4,6%	2,3%	3,1%	58,9%
İşçi	N	27	31	3	1	2	9	2	75
	%	36%	41,3%	4%	1,3%	2,6%	12%	2,6%	17,1%
Memur-Beyaz Yaka	N	3	2	1	3	0	2	0	11
	%	27,3%	18,2%	9,1%	27,3%	0%	18,2%	0%	2,5%
Esnaf	N	4	4	3	0	0	3	0	14
	%	28,5%	28,5%	21,4%	0%	0%	21,4%	0%	3,2%
Diğer	N	2	0	0	0	0	0	0	2
	%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,5%
Serbest	N	13	3	2	0	0	1	0	19
	%	68,4%	15,7%	10,5%	0%	0%	5,3%	0%	4,3%
Emekli	N	3	2	0	3	0	0	0	5
	%	60%	40%	0%	0%	0%	0%	0%	1,1%
Bilinmiyor	N	21	12	4	3	10	2	2	54
	%	38,8%	22,2%	7,4	5,5%	18,5%	3,7%	3,7%	12,3%

Olgu gruplarının anne çalışma durumları incelendiğinde; tüm olguların 267 tanesinin (%60,1) annesinin çalışmadığı, 117 tanesinin (%26,7) annesinin çalıştığı, 47 (%10,7) tanesinin anne çalışma durumu ile ilgili veri bulunmadığı anlaşılmıştır.

Olgu grupları anne çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında, Velayet grubunda anne çalışma durumunun diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($n:16$ - %70) saptanmıştır ($p: 0,002$). (Grafik 25)



Grafik 25: Olgu gruplarının anne çalışma durumlarının dağılımı

Olgu gruplarının baba meslekleri incelendiğinde; tüm gruplarda baba mesleğinin 187 kişi ile en fazla işçi olduğu anlaşılmıştır. Mesleği Memur/Beyaz Yaka olan babaların, en fazla Velayet grubunda (n:8 - %38,1) bulunduğu görülmüştür.

Olgu gruplarının baba meslekleri karşılaştırıldığında gruplar arasında baba meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Olgu gruplarında baba mesleklerinin ayrıntılı dağılımı Tablo 18’de verilmiştir.

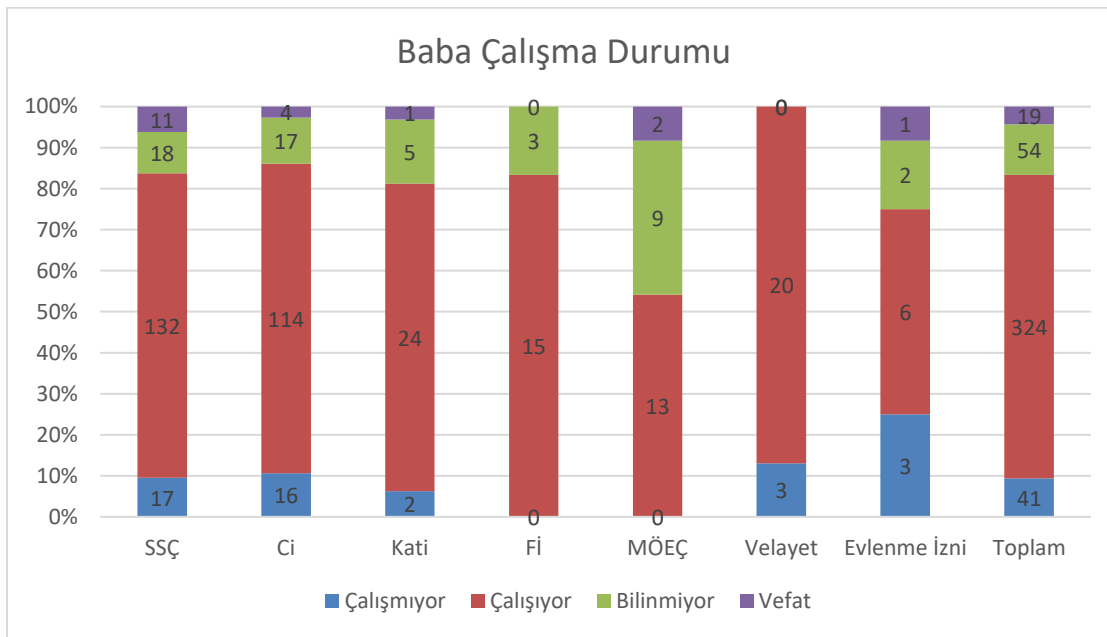
Tablo 18: Olgu gruplarının baba mesleklerinin dağılımı

		Grup							Toplam
Baba Mesleği		SSÇ	Cİ	Kati	Fİ	MÖEÇ	Velayet	Evlenme İzni	
İşçi	N	68	73	13	8	9	11	5	187
	%	36,3%	39%	6,9%	4,2%	4,8%	5,8%	2,6%	42,7%
Memur-Beyaz Yaka	N	7	5	1	0	0	8	0	21
	%	33,3%	23,9%	4,7%	0%	0%	38,1%	0%	4,8%
Esnaf	N	24	19	8	5	5	3	3	67
	%	35,8%	28,3%	11,9%	7,4%	7,4%	4,5%	4,5%	15,3%
Serbest	N	45	21	4	2	0	1	0	73
	%	61,6%	28,7%	5,4%	2,7%	0%	1,4%	0%	16,7%
Diğer	N	0	0	0	1	0	0	0	1
	%	0%	0%	0%	0,5%	0%	0%	0%	0,5%

	%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0,2%
Emekli	N	4	8	0	0	1	0	2	15
	%	26,6%	53,3%	0%	0%	6,7%	0%	13,3%	3,4%
Bilinmiyor	N	30	25	6	2	9	0	2	74
	%	40,5%	33,7%	8,1%	2,7%	12,1%	0%	2,7%	16,9%

Olgu gruplarının baba çalışma durumları incelendiğinde; tüm olguların 324 tanesinin (%74) babasının çalıştığı, 41 tanesinin (%9,4) babasının çalışmadığı, 54 (%12,3) tanesinin baba çalışma durumu ile ilgili veri bulunmadığı anlaşılmıştır.

Olgu grupları baba çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında, Velayet grubunda baba çalışma oranının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (n: 20 - %87) saptanmıştır (p:0,024). (Grafik 26)



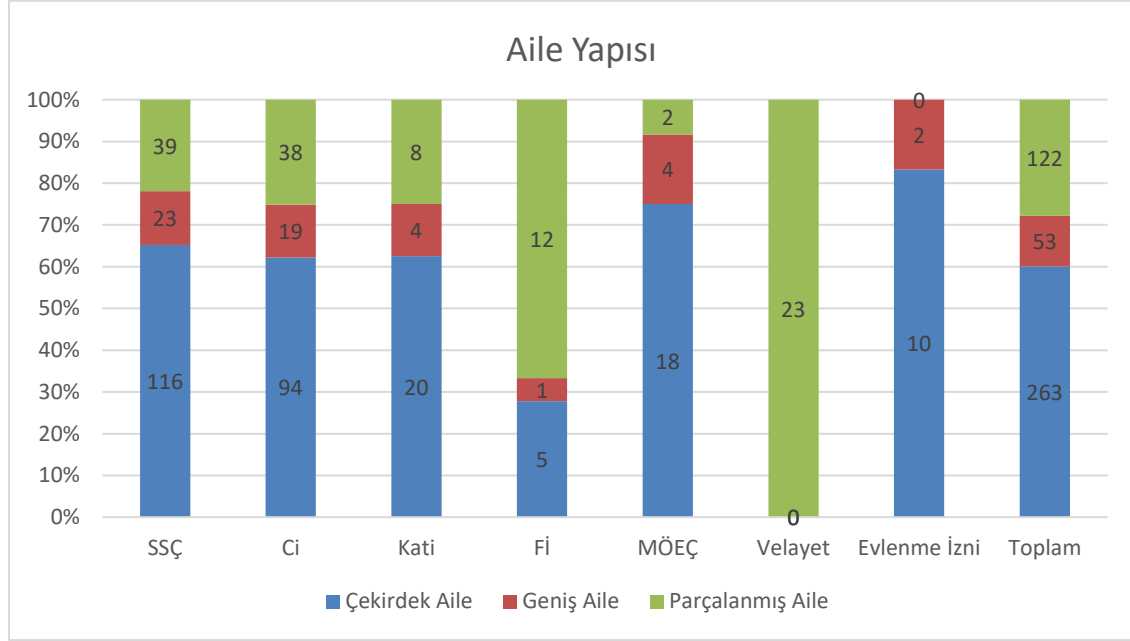
Grafik 26: Olgu gruplarının baba çalışma durumlarının dağılımı

4.2.5 Olguların Aile Yapılarının İncelenmesi

Olguların aile yapıları incelendiğinde; tüm olguların 263 tanesinin (%60) çekirdek aile olarak yaşadığı, 53 tanesinin (%12,1) geniş aile olarak yaşadığı, 122 tanesinin (%27,9) parçalanmış aile (ebeveynlerin ayrı olması veya vefat etmiş olması) yapısında olduğu anlaşılmıştır.

Olgu gruplarının aile yapıları karşılaştırıldığında, Fİ grubunda parçalanmış aile yapısının Velayet grubu hariç diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). (Grafik 27)

Velayet grubundaki olgularının tümünün doğal olarak parçalanmış aile yapısında olmasından ötürü, velayet grubu bu karşılaştırmanın dışında tutulmuştur.



Grafik 27: Olgu gruplarının aile yapılarının dağılımı

4.2.6 Olguların Birlikte Yaşadıkları Kişilerin İncelenmesi

Olgu gruplarının birlikte yaşadıkları kişiler/yerler incelendiğinde; tüm olguların 267 tanesinin (%61) anne ve babalarıyla birlikte, 72 tanesinin (%16,4) ebeveynlerden sadece anne ile, 44 tanesinin (%10) kurum bakımında, 22 tanesinin (%5) ebeveynlerden sadece baba ile, 20 tanesinin (%4,6) akrabalarının yanında, 7 tanesinin (%1,6) cezaevinde, 6 tanesinin de (%1,4) dini nikahlı eşi ile yaşadığı anlaşılmıştır.

Kurum bakımında olan çocukların büyük çoğunluğunun (n:26 - %59,1) Cİ grubunda, cezaevinde olan çocukların büyük çoğunluğunun (n:5 - %71,4) SSÇ grubunda olduğu görülmüştür.

Anne veya babasından birinin yanında yaşayan çocukların büyük bölümünün (n:72, %76,6) annesinin yanında, %23,4'ünün (n:22) babasının yanında yaşadığı anlaşılmıştır.

Olgu grupları birlikte yaşadıkları kişiler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Olgu gruplarının birlikte yaşadığı kişilerin ayrıntılı dağılımı Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19: Olgu gruplarının birlikte yaşadığı kişilerin dağılımı

Grup	Birlikte Yaşadığı Kişiler							Toplam	
		Anne ve Baba ile	Kurumda	Akraba Yanı	Cezaevi	Anne ile	Baba ile	Eşi ile	
SSÇ	N	127	12	14	5	16	4	0	178
	%	71,3%	6,7%	7,9%	2,8%	9%	2,2%	0%	100%
Cİ	N	91	26	5	2	22	5	0	151
	%	60,3%	17,2%	3,3%	1,3%	14,6%	3,3%	0%	100%
Kati	N	18	3	1	0	7	2	1	32
	%	56,3%	9,4%	3,1%	0%	21,9%	6,3%	3,1%	100%
Fİ	N	5	3	0	0	7	3	0	18
	%	27,8%	16,7%	0%	0%	38,9%	16,7%	0%	100%
MÖEÇ	N	19	0	0	0	4	1	0	24
	%	79,2%	0%	0%	0%	16,7%	4,2%	0%	100%
Velayet	N	0	0	0	0	16	7	0	23
	%	0%	0%	0%	0%	69,6%	30,4%	0%	100%
Evlenme İzni	N	7	0	0	0	0	0	5	12
	%	58,3%	0%	0%	0%	0%	0%	41,7%	100%
Toplam	N	267	44	20	7	72	22	6	438
	%	61%	10%	4,6%	1,6%	16,4%	5%	1,4%	100%

4.2.7 Olguların Kardeş Sayılarının İncelenmesi

Olgu grupları kardeş sayılarının dağılımına göre incelendiğinde; olguların kardeş sayılarının 0-10 arasında değiştiği, tüm olguların kardeş sayısının ortalamasının $2,32 \pm 1,76$ olduğu anlaşılmıştır. Olguların en çok 3 kardeşinin (n:146 - %33,3), sonra 2 kardeşinin (n:121 - %27,6) oldukları anlaşılmıştır. Tek çocuk olan olgu sayısının 33 (%7,5) olduğu görülmüştür.

Olgu gruplarının ortalama kardeş sayıları incelendiğinde; ortalama kardeş sayısı en yüksek olan grubun Evlenme İzni grubu ($3,58 \pm 2,06$), ikinci en yüksek olan grubun SSÇ grubu ($2,75 \pm 1,93$), en düşük olan grubun da Velayet grubu ($1,04 \pm 0,92$) olduğu saptanmıştır.

Olgu grupları kardeş sayıları açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında kardeş sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Olgu gruplarının kardeş sayılarının dağılımı ayrıntılı olarak Tablo 20’de verilmiştir.

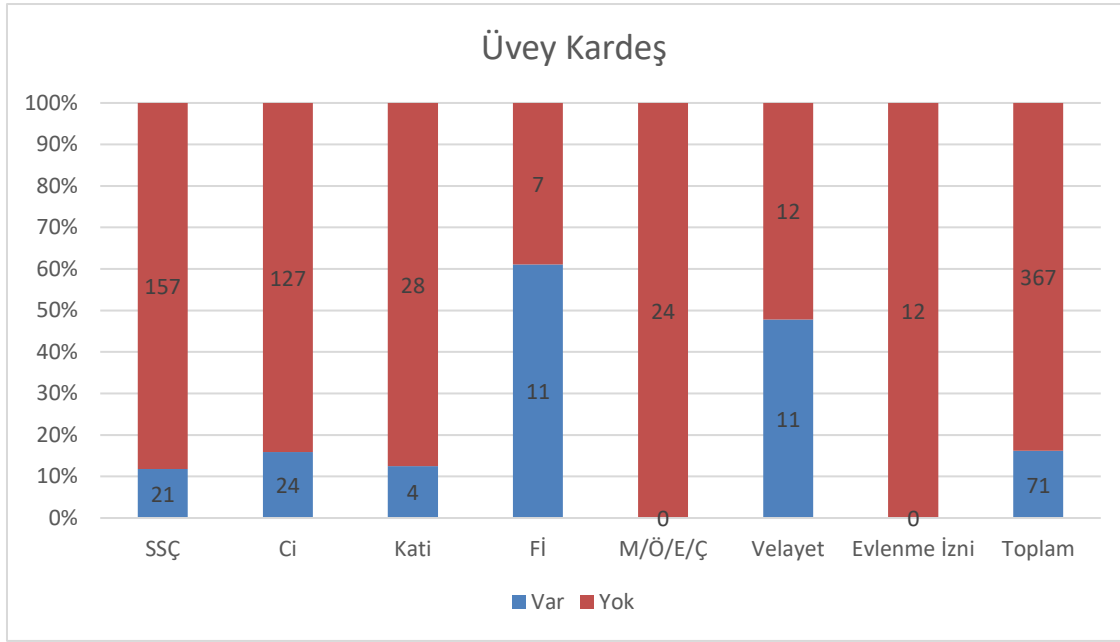
Tablo 20: Olgu gruplarının kardeş sayılarının dağılımı

Grup		Kardeş Sayısı											Toplam
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SSÇ 2,75±1,93	N	9	37	56	30	15	15	4	8	0	4	0	178
	%	5,1%	20,8%	31,5%	16,9%	8,4%	8,4%	2,2%	4,5%	0%	2,2%	0%	100%
Cİ 2,15±1,6	N	12	47	51	17	10	7	4	1	1	0	1	151
	%	7,9%	31,1%	33,8%	11,3%	6,6%	4,6%	2,6%	0,7%	0,7%	0%	0,7%	100%
Kati 1,88±1,47	N	3	10	14	2	2	0	0	0	1	0	0	32
	%	9,4%	31,3%	43,8%	6,3%	6,3%	0%	0%	0%	3,1%	0%	0%	100%
Fİ 1,83±1,15	N	2	4	9	2	0	1	0	0	0	0	0	18
	%	11,1%	22,2%	50%	11,1%	0%	5,6%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
MÖEÇ 1,83±1,12	N	1	8	12	2	0	0	1	0	0	0	0	24
	%	4,2%	33,3%	50%	8,3%	0%	0%	4,2%	0%	0%	0%	0%	100%
Velayet 1,04±0,92	N	6	13	1	3	0	0	0	0	0	0	0	23
	%	26,1%	56,5%	4,3%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Evlenme İzni 3,58±2,06	N	0	2	3	1	2	1	2	1	0	0	0	12
	%	0%	16,7%	25%	8,3%	16,7%	8,3%	16,7%	8,3%	0%	0%	0%	100%
Toplam 2,32±1,76	N	33	121	146	57	29	24	11	10	2	4	1	438
	%	7,5%	27,6%	33,3%	13%	6,6%	5,5%	2,5%	2,3%	0,5%	0,9%	0,2%	100%

4.2.8 Olguların Üvey Kardeş Durumlarının İncelenmesi

Olgu gruplarında üvey kardeş durumunun incelendiğinde; tüm olguların %16,2'sinin (n:71) üvey kardeşinin olduğu, 367 olgunun (%83,8) üvey kardeşinin olmadığı görülmüştür. Evlenme İzni ve MÖEÇ grubundaki hiçbir olgunun üvey kardeşinin olmadığı anlaşılmıştır.

Olgu grupları üvey kardeş varlığı açısından karşılaştırıldığında, Fİ ve Velayet grubundaki olguların diğer gruplardaki olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla üvey kardeşe sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). (Grafik 28)



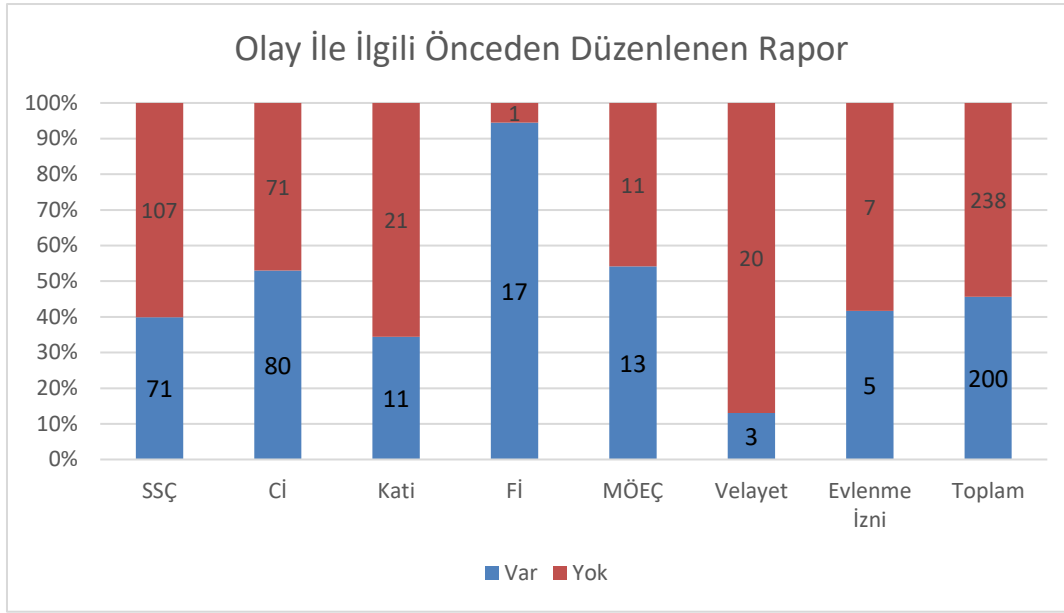
Grafik 28: Olgu gruplarının üvey kardeşe sahip olma durumlarının dağılımı

4.3 Örneklem Adli Yönden İncelenmesi

Bu bölümde olguların rapor istem nedenleri, daha önce rapor düzenlenme durumu, rapor düzenlenme süreleri, sosyal inceleme raporu varlığı, önerilen tedbir kararları, rapor sonuçları olgu grupları özelinde incelenecektir.

Olgulara daha önceden aynı konuda rapor düzenlenip düzenlenmediği incelendiğinde; Olguların % 45,7'sine (n:200) daha önceden aynı konuda rapor düzenlendiği, bu olgulara taraf itirazları, ileri inceleme, çelişkinin giderilmesi gibi nedenlerle tekrar rapor düzenlenmesinin istendiği, olguların %54,3'üne (n:238) sorulan hususta ilk kez tarafımızca rapor düzenlendiği anlaşılmıştır.

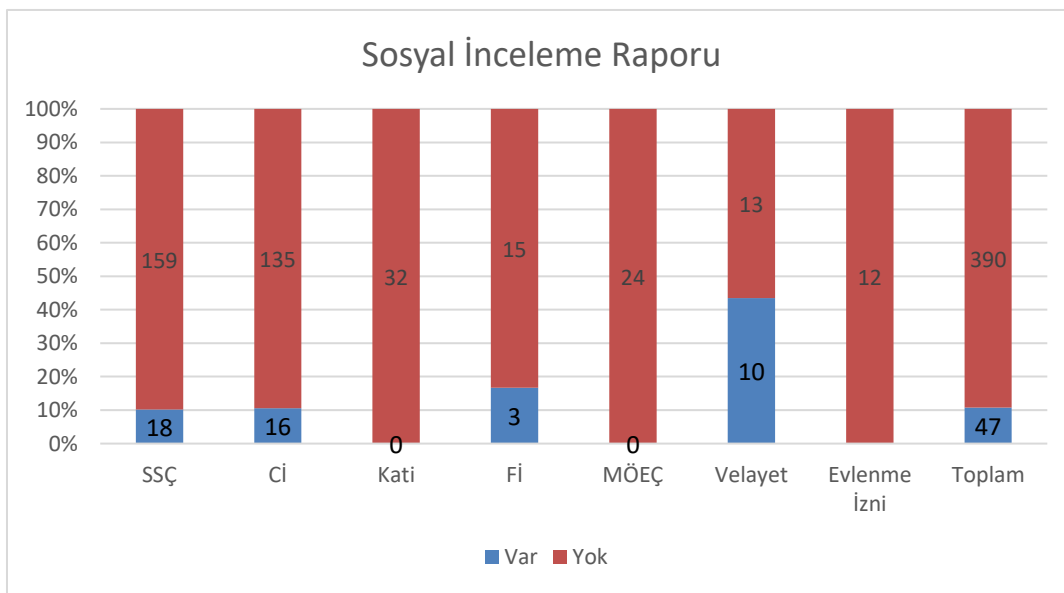
Olgu gruplarının daha önceden rapor düzenlenme durumu karşılaştırıldığında, SSÇ grubundaki olguların %39,9'una (n:71), Cİ grubundaki olguların %53'üne (n:80), Kati grubundaki olguların %34,4'üne (n:11), Fİ grubundaki olguların %94,4'üne (n:17), MÖEÇ grubundaki olguların %54,2'sine (n:13), Velayet grubundaki olguların %13'üne (n:3), Evlenme İzni grubundaki olguların %41,7'sine (n:5) daha önceden rapor düzenlendiği saptanmıştır. Fİ grubunun daha önceden rapor düzenlenme oranının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Grafik 29'da olgu gruplarının daha önceden aynı konuda rapor düzenlenme durumu ayrıntılı olarak verilmiştir.



Grafik 29: Olgu gruplarının olay ile ilgili önceden rapor düzenlenme durumu

Olguların dosyalarında sosyal inceleme raporu olup olmadığı incelendiğinde; yalnızca %10,7'sinin (n:47) sosyal inceleme raporunun bulunduğu, %89,3'ünün (n:390) sosyal inceleme raporunun bulunmadığı anlaşılmıştır.

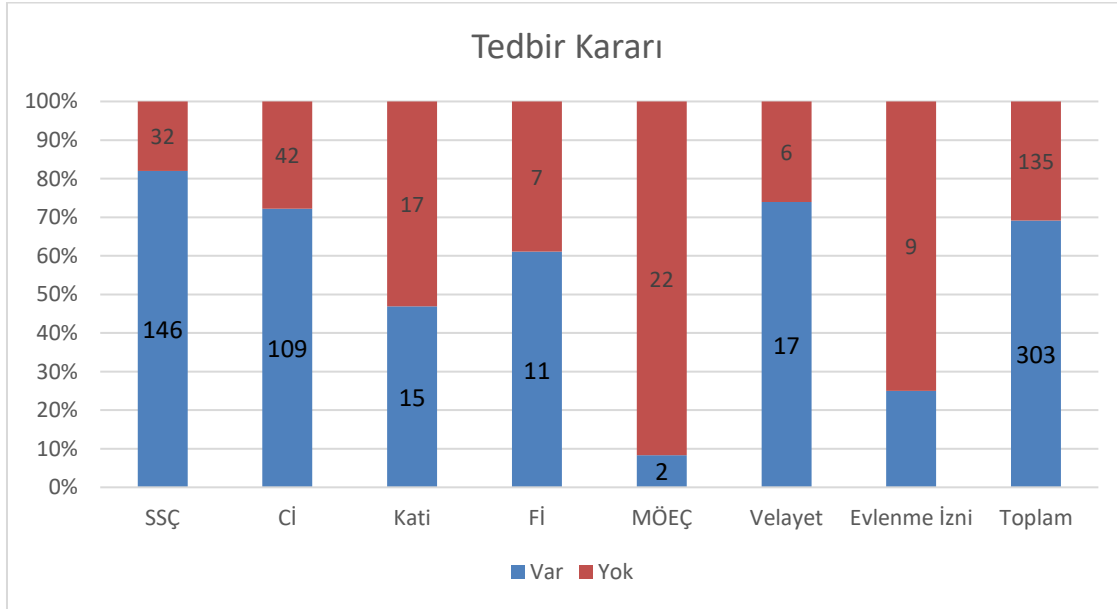
Olgu grupları sosyal inceleme raporu varlığı açısından karşılaştırıldığında, Velayet grubunda sosyal inceleme raporu varlığı diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Kati Rapor ve Evlenme İzni gruplarındaki olguların hiç birinin sosyal inceleme raporunun bulunmadığı görülmüştür. Grafik 30'da olgu gruplarında sosyal inceleme raporu varlığı ayrıntılı olarak gösterilmiştir.



Grafik 30: Olgu gruplarında sosyal inceleme raporu varlığı

Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda hazırlanan raporlar, olguların rapor sonucunda tedbir kararı önerilip önerilmediğine göre incelendiğinde; olguların %30,8'ine (n:135) tedbir kararı önerilmediği, %69,2'sine (n:303) en az bir adet tedbir kararı verilmesinin önerildiği anlaşılmıştır.

Olgu grupları tedbir kararı önerilmesi açısından karşılaştırıldığında, SSÇ (n:146 - %82) ve Cİ (n:109 - %72,2) gruplarına tedbir kararı önerilme oranının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Tedbir kararı önerilme oranı en düşük olan grubun MÖEÇ grubu (n:2 - %8,3) olduğu görülmüştür. Grafik 31'de olgu gruplarına en az bir adet tedbir kararın önerilme durumu ayrıntılı olarak verilmiştir.



Grafik 31: Olgu gruplarının tedbir kararı önerilme durumuna göre dağılımı

Olgulara önerilen tedbir kararlarının neler olduğu incelendiğinde ise; en fazla önerilen tedbir kararının 'danışmanlık ve sağlık tedbiri' (n:89 - %20,3), ardından 'danışmanlık, eğitim ve sağlık tedbiri' (n:67 - %15,3), sonra da 'sağlık tedbiri' (n:66 - %15,1) olduğu görülmüştür. Tablo 21'de olgulara önerilen tedbir kararlarının dağılımı ayrıntılı olarak verilmiştir.

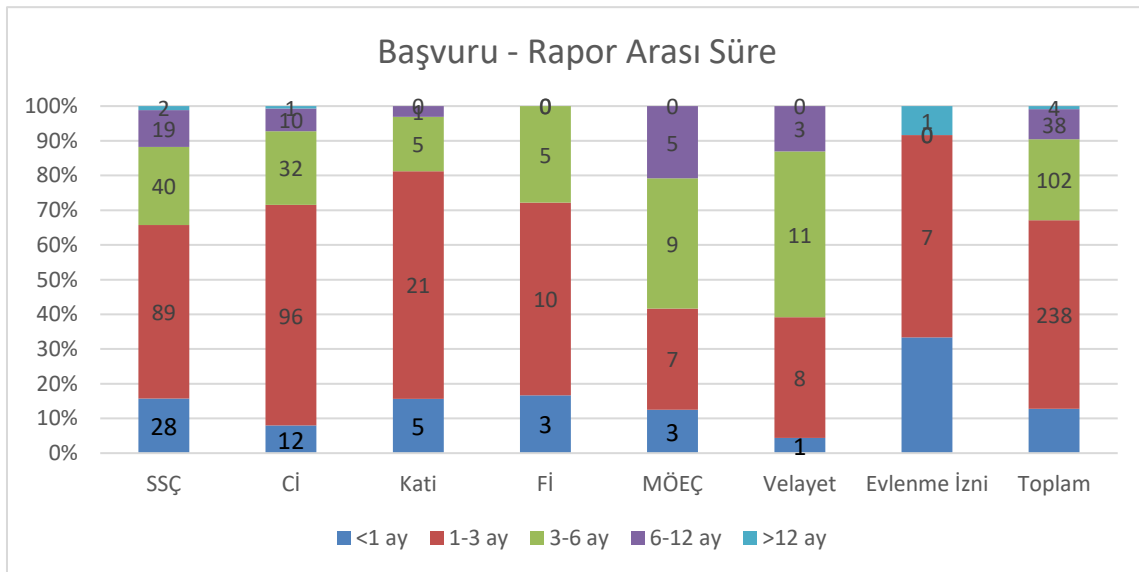
Tablo 21: Olguların rapor sonucunda önerilen tedbir kararlarının dağılımı

Önerilen Tedbir Kararları	N	%
Tedbir kararı önerilmemiş	135	30,8%
Danışmanlık	33	7,5%
Eğitim	6	1,4%

Bakım	1	0,2%
Sağlık	66	15,1%
Barınma	0	0%
Danışmanlık + Sağlık	89	20,3%
Danışmanlık + Eğitim + Sağlık	67	15,3%
Eğitim + Sağlık	17	3,9%
Danışmanlık + Eğitim	15	3,4%
Danışmanlık + Eğitim + Bakım + Sağlık	4	0,9%
Danışmanlık + Bakım + Sağlık	1	0,2%
Danışmanlık + Eğitim + Bakım	2	0,5%
Eğitim + Bakım + Sağlık	2	0,5%

Olguların başvuru tarihleri ile raporlarının düzenlendiği tarih arasında geçen süre incelendiğinde; olguların büyük çoğunluğunda (n: 238 - %54,3) rapor düzenlenme süresinin 1-3 ay aralığında olduğu, %23,2'sinin (n:102) rapor düzenlenme süresinin 3-6 ay aralığında olduğu, 56 (%12,8) olgunun raporunun 1 aydan kısa sürede düzenlendiği, 38 olgunun (%8,7) raporunun 6-12 ay arası bir sürede düzenlendiği, 4 olgunun (%0,9) ise raporunun 12 aydan uzun bir sürede düzenlendiği anlaşılmıştır.

Olgu grupları rapor düzenlenme süreleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında başvuru ve rapor tarihi arasında geçen süre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu saptanmıştır (p: 0,01). Evlenme izni grubunda ortalama rapor düzenleme süresinin diğer gruplardan kısa olduğu görülmüştür. Grafik 32'de olgu gruplarının rapor düzenlenme süreleri ayrıntılı olarak verilmiştir.



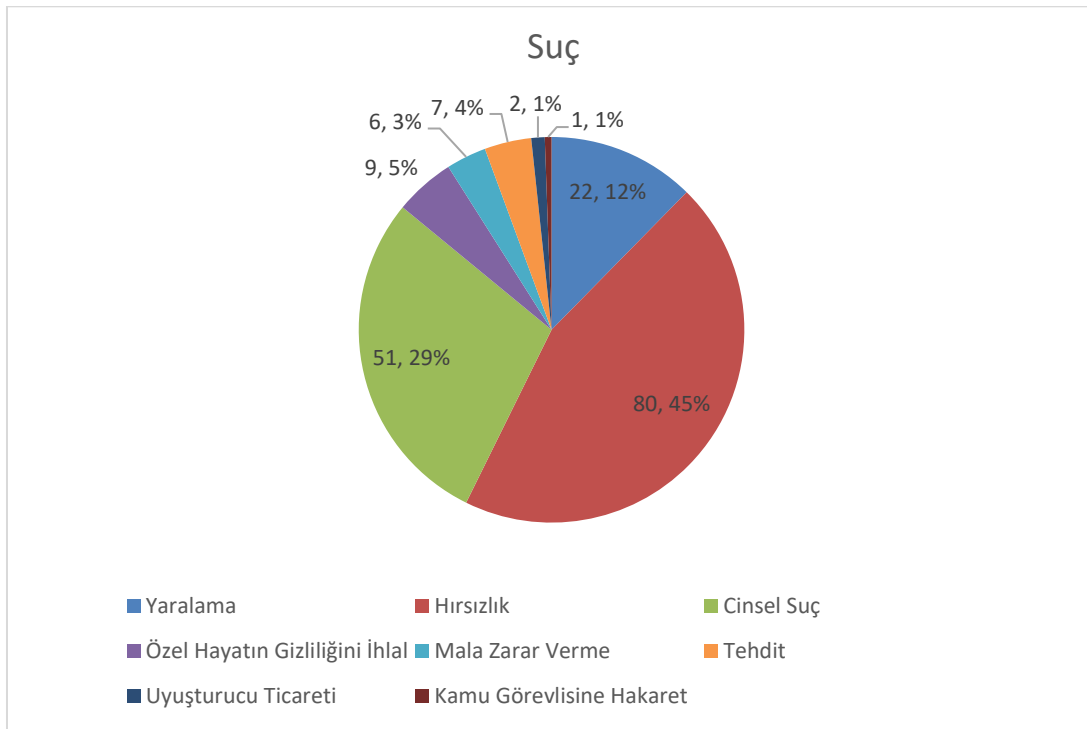
Grafik 32: Olgu gruplarında başvuru ile rapor arasında geçen sürelerin dağılımı

4.3.1 SSÇ Grubunun İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen olguların %40,6'sı (n:178) SSÇ grubunu oluşturmaktadır. Bu olguların %91'i erkek (n:132), %9'u kız (n:16) cinsiyetindedir.

4.3.1.1 SSÇ Grubundaki Olguların İddia Edilen Suç Yönünden İncelenmesi

Olgular işledikleri iddia olunan suç bakımından incelendiğinde; olguların %45'inin (n:80) hırsızlık suçu, %29'unun (n:51) cinsel suç, %12'sinin yaralama suçu (n:22) nedeniyle, diğer olguların da özel hayatın gizliliğini ihlal, mala zarar verme, tehdit, uyuşturucu ticareti ve kamu görevlisine hakaret suçları nedeniyle tarafımıza gönderildiği saptanmıştır. SSÇ grubundaki olguların suç dağılımı Grafik 33'te verilmiştir.



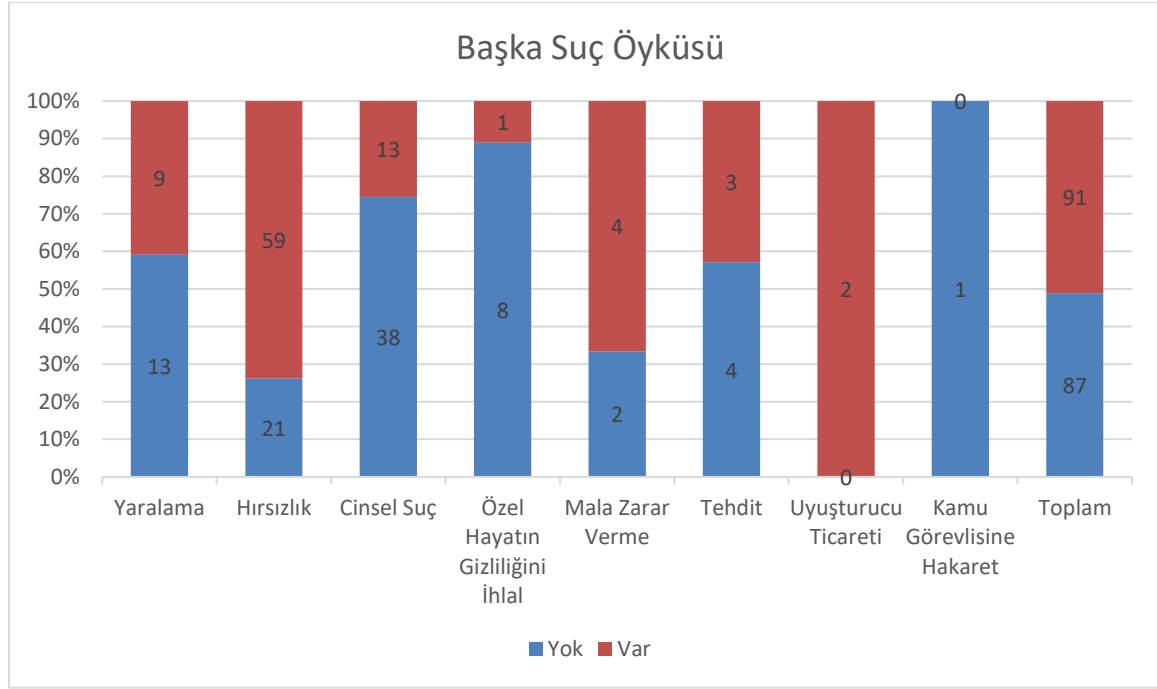
Grafik 33: SSÇ grubunda olguların işlediği iddia edilen suçların dağılımı

4.3.1.2 SSÇ Grubundaki Olgularda İddia Edilen Suç ile Başka Bir Suça Karışma Öyküsünün Karşılaştırılması

Olguların karıştığı başka herhangi bir suç olup olmadığı incelendiğinde; olguların %51,1'inin (n:91) karıştığı başka bir suçun olduğunu, %48,9'unun (n:87) karıştığı başka herhangi bir suç olmadığını ifade ettiği anlaşılmıştır.

İddia edilen suç ile başka suç öyküsü varlığı karşılaştırıldığında, suç grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Hırsızlık suçu nedeniyle değerlendirilen olguların diğerlerine göre daha fazla başka suç öyküsü bulunduğu, başka suç öyküsü en düşük

olan suç grubunun özel hayatın gizliliğini ihlal grubu olduğu görülmüştür. Grafik 34'te suç gruplarında başka suç varlığının dağılımı ayrıntılı olarak verilmiştir.

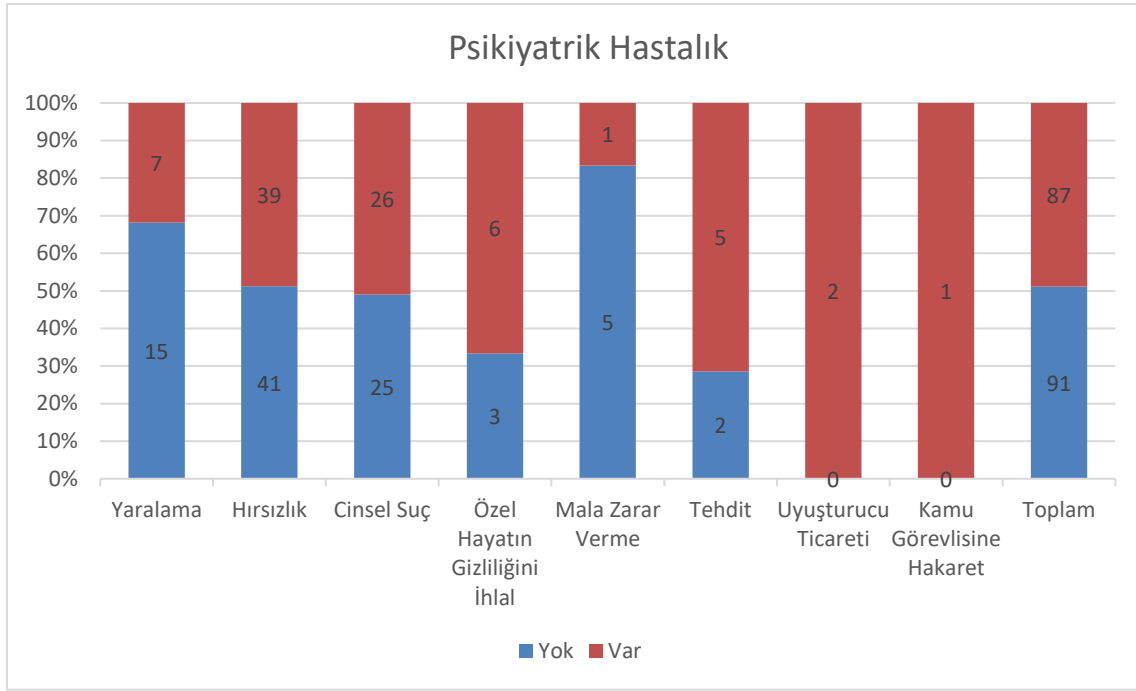


Grafik 34: SSÇ grubunda suç ile eski suç öyküsü varlığının karşılaştırılması

4.3.1.3 SSÇ Grubundaki Olgularda İddia Edilen Suç ile Psikiyatrik Hastalık Varlığının Karşılaştırılması

SSÇ grubundaki olgularda psikiyatrik tanı varlığı incelendiğinde olguların %51,1'inin (n:91) psikiyatrik bir tanısının olmadığı, %48,9'unun (n:87) psikiyatrik bir tanısının olduğu saptanmıştır.

SSÇ grubundaki olgularda iddia edilen suç ile psikiyatrik hastalık varlığı karşılaştırıldığında, suç grupları arasında psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p:0,119).Psikiyatrik tanı alan olgular incelendiğinde mala zarar verme suçu işleyenlerde en az tanı (n:1 - %16,7) olduğu görülmüştür. Özel hayatın gizliliği suçu nedeniyle değerlendirilen olguların %66,6'sının (n:6) psikiyatrik bir tanısının olduğu, hırsızlık suçu nedeniyle değerlendirilen olguların %48,8'inin (n:39) psikiyatrik bir tanısının olduğu, yaralama suçu nedeniyle değerlendirilen olguların %31,8'inin (n:7) psikiyatrik bir tanısının olduğu anlaşılmıştır. Grafik 35'te suç gruplarında psikiyatrik tanı varlığı dağılımı ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

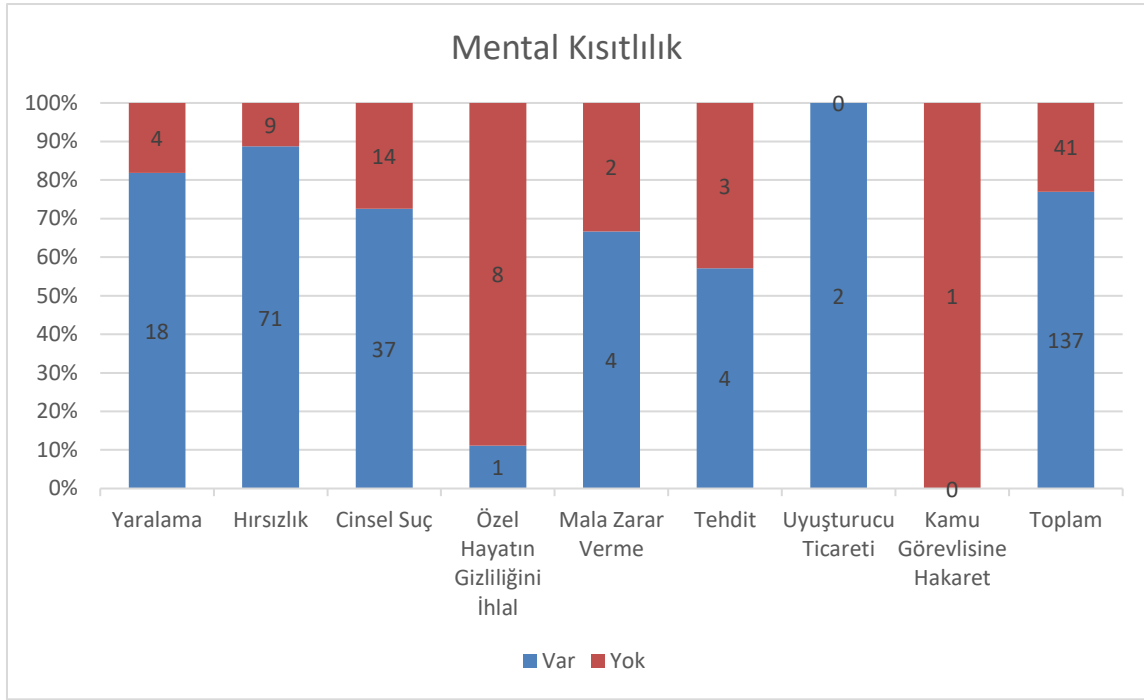


Grafik 35: SSÇ grubunda işlenen suç ve psikiyatrik hastalık varlığının karşılaştırılması

4.3.1.4 SSÇ Grubundaki Olgularda İddia Edilen Suç ile Mental Kısıtlılık Varlığının Karşılaştırılması

SSÇ grubundaki olgularda mental kısıtlılık varlığı incelendiğinde olguların %77'sinde (n:137) mental kısıtlılık bulunduğu, %23'ünde (n:41) mental kısıtlılık bulunmadığı görülmüştür. Hırsızlık suçu nedeniyle değerlendirilen olguların %88,8'inde (n:71), cinsel suç nedeniyle değerlendirilen olguların %72,5'inde (37), yaralama suçu nedeniyle değerlendirilen olguların %81,1'inde (n:18) mental kısıtlılık olduğu anlaşılmıştır.

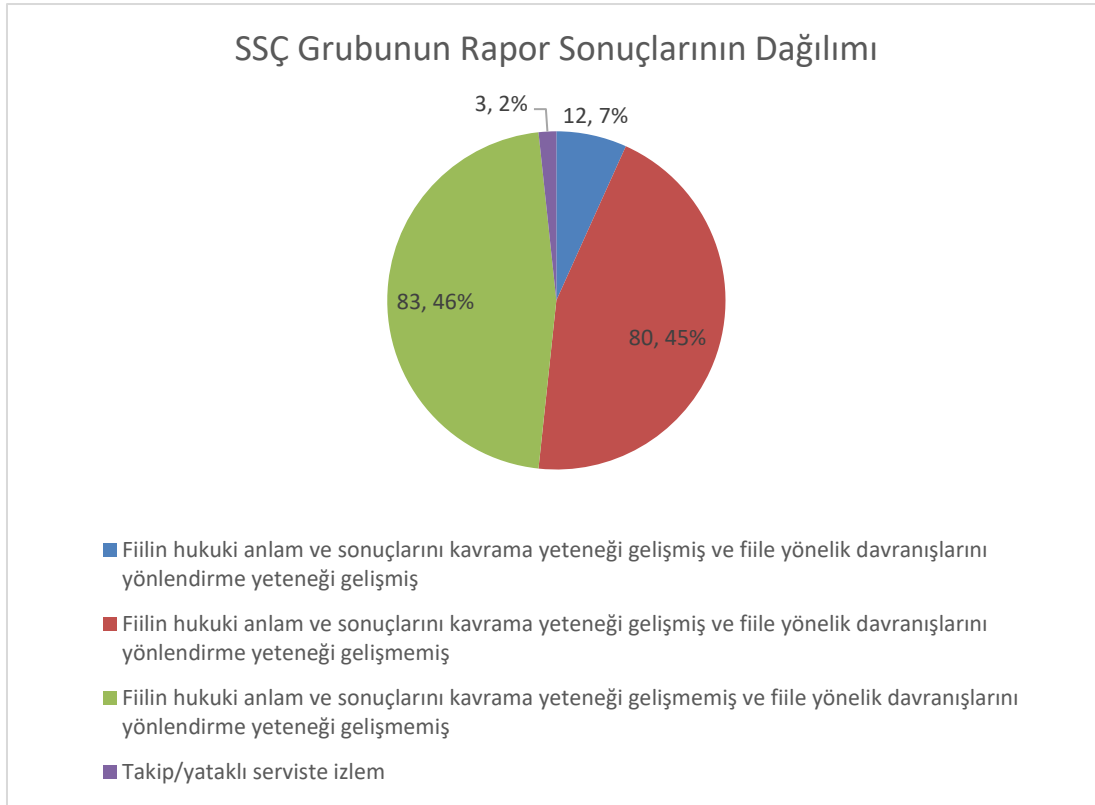
SSÇ grubundaki olgularda iddia edilen suç ile mental kısıtlılık varlığı karşılaştırıldığında, özel hayatın gizliliği suçu nedeniyle değerlendirilen olgularda mentalkısıtlılığın diğer suçlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Grafik 36'da suç gruplarında mental kısıtlılık varlığı dağılımı ayrıntılı olarak gösterilmiştir.



Grafik 36: SSÇ grubunda suç ile mental kısıtlılık varlığının karşılaştırılması

4.3.1.5 SSÇ Grubundaki Olguların Rapor Sonuçlarının Dağılımı

SSÇ grubundaki olguların rapor sonuçları incelendiğinde; olguların %46'sında (n:83) 'fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneğinin ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmediği', %45'inde (n:80) 'fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneğinin yeterince geliştiği ancak bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmediği', %7'sinde 'fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince geliştiği' kanaatine varıldığı, 3 olgu için takip ve yataklı serviste izleme önerildiği görülmüştür. Grafik 37'de SSÇ grubunun rapor sonuçları ayrıntılı olarak verilmiştir.



Grafik 37: SSÇ grubunun rapor sonuçlarının dağılımı

4.3.2 Cİ Grubunun İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen olguların %34,5’u (n:151) Cİ grubunu oluşturmaktadır. Bu olguların %87,4’ü kız (n:132), %12,6’sı erkek (n:19) cinsiyetindedir.

4.3.2.1 Cİ Grubundaki Olgularda Gönderen Makamlar Tarafından Sorulan Soruların İncelenmesi

Cİ grubunda tarafımıza en fazla sorulan sorunun çocuğun “beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği” olduğu (%31,1 – n:47), ardından çocuğun “olaya bağlı ruhsal etkileniminin olup olmadığı” (%23,8 – n:36) olduğu görülmüştür. Gönderen makamlar tarafından tarafımıza sorulan soruların dağılımı Tablo 22’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 22: Cİ grubunda gönderen makam tarafından sorulan soruların dağılımı

Sorulan Soru	N	%
Beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği	47	31,1%
Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği	11	7,3%
Olaya bağlı ruhsal etkileniminin olup olmadığı	36	23,8%
İç beden muayenesinin yapılması	7	4,6%
Beden ve ruh bakımından kendini savunabilecek durumda olup olmadığı	7	4,6%

Olaya bağı ruhsal etkileniminin olup olmadığı, İç beden muayenesinin yapılması	4	2,6%
Beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği	7	4,6%
Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği, İç beden muayenesinin yapılması	3	2%
Beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, Olaya bağı ruhsal etkileniminin olup olmadığı	7	4,6%
Beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği, Olaya bağı ruhsal etkileniminin olup olmadığı	11	7,3%
Beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği, Olaya bağı ruhsal etkileniminin olup olmadığı, Beden ve ruh bakımından kendini savunabilecek durumda olup olmadığı	3	2%
Beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, Olaya bağı ruhsal etkileniminin olup olmadığı, İç beden muayenesinin yapılması	3	2%
Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği, Olaya bağı ruhsal etkileniminin olup olmadığı	1	0,7%
Beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediği, Beden ve ruh bakımından kendini savunabilecek durumda olup olmadığı	2	1,3%
Beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, İç beden muayenesinin yapılması	2	1,3%

4.3.2.2 Cİ Grubundaki Olgularda Fiziksel Bulgu Varlığının İncelenmesi

Cİ grubundaki olgular incelendiğinde; bu olguların bir kısmının eski muayenelerine ait raporlarında, bir kısmının tarafımızca yapılan muayenelerinde iddia edilen cinsel istismar kaynaklı başta hymende laserasyon, genital organlarda sıyrık, ekimoz, vücudun diğer kısımlarında cinsel istismar nedeni ortaya çıktığı düşünülen ekimoz-sıyrık gibi bulgular bulunduğu görülmüştür. Öyküsünde fiziksel bulgusu olduğunu beyan ettiği halde muayeneye izin vermeyen veya eski raporu muayene raporu dosyasında bulunmayan olgularda fiziksel bulgu varlığı değerlendirilememiştir.

Olguların %22'sinde (n:34) fiziksel bulgu bulunduğu, %23'ünde (n:35) istismar olayına bağı herhangi bir fiziksel bulgu görülmediği, 1 (%0,7) olgunun tarafımızca yapılacak olan muayeneye onam vermediği, olguların büyük çoğunluğunda (%54 – n: 81) tarafımızdan fizik muayene istenmemesi ve evrakta fizik muayene bilgisi bulunmadığı için fiziksel bulgu varlığının bilinmediği anlaşılmıştır. Grafik 38'de Cİ grubundaki olgularda cinsel istismar nedeni fiziksel bulgu varlığının dağılımı gösterilmiştir.



Grafik 38: Cinsel İstismar grubunda fiziksel bulgu varlığı

4.3.2.3 Cİ Grubundaki Olguların Rapor Sonuçlarının İncelenmesi

Cinsel istismar grubundaki olguların rapor sonuçları incelendiğinde; olguların %26,5’inin (n:40) raporunda “beyanlarına itibar edilmesine engel olacak bir patoloji saptanmadığı”, %19,9’unun (n:30) raporunda “beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunamayacağı”nın belirtildiği saptanmıştır. Tablo 23’de Cİ grubunun rapor sonuçlarının dağılımı ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 23: Cİ grubunun rapor sonuçlarının dağılımı

Cinsel İstismar grubunun rapor sonuçları	N	%
İddia edilen olaya bağlı gelişen ruhsal etkilenimi yok	3	2%
Beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunamaz	30	19,9%
Beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunabilir	5	3,3%
Beyanlarına itibar edilmesine engel olacak bir patoloji yok	40	26,5%
Beyanlarına itibar edilmesine engel olacak bir patoloji var	1	0,7%
Karar verilemedi / takip / ileri inceleme / yatış	13	8,6%
Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrayamaz	11	7,3%
Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrayabilir	2	1,3%
Ruhsal etkilenimi yok + Beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunabilir	5	3,3%
Beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunamaz + Beyanlarına itibar edilebilir	17	11,3%
Beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunamaz + Beyanlarına itibar edilir + Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrayamaz	14	9,3%
Beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunamaz + Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrayamaz	1	0,7%

Beyanlarına itibar edilebilir + Kendisine karşı işlenen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrayamaz	8	5,3%
Beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunabilir + Beyanlarına itibar edilebilir	1	0,7%

4.3.2.4 Cİ Grubundaki Olgularda Olaya Bağlı Ortaya Çıkan TSSB Varlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Cİ grubunda maruz kalınan istismar nedeniyle TSSB gelişme durumu incelendiğinde; kadın olguların %39,4'ünde (n:52), erkek olguların %36,8'inde (n: 7) olay nedenli TSSB geliştiği görülmüştür. Aile grupları özelinde çekirdek aile olarak yaşayan olguların %33'ünde (n:31), geniş aile olarak yaşayan olguların %42,1'inde (n:8), parçalanmış aile yapısı olan olguların %52,6'sında olay nedenli TSSB geliştiği saptanmıştır. Cİ olgularında okul başarısına göre TSSB gelişimine baktığımızda; okul başarısını orta olarak nitelendiren olguların %48'inde (n:35), iyi olarak nitelendiren olguların %37'sinde (n:17), kötü olarak nitelendiren olguların %21,8'inde (n:7) olay nedenli TSSB geliştiği saptanmıştır. Mental kısıtlılığı olan olguların ise %36,4'ünde (n:28), mental kısıtlılığı olmayan olguların %41,9'unda (n:31) olay nedenli TSSB geliştiği görülmüştür. Cİ grubunda herhangi bir fiziksel bulgu saptanan olguların %47,1'inde (n:16), fiziksel bulgu saptanmayan olguların %28,6'sında (n:10) istismar nedenli TSSB geliştiği görülmüştür. Cİ grubunda olay nedeniyle TSSB gelişmesi ile olgunun cinsiyeti, aile yapısı, mental kısıtlılık varlığı, istismara bağlı fiziksel bulgu varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu grupta okul başarısını kötü olarak nitelendiren olgularda TSSB gelişme oranı okul başarısını iyi ve orta olarak nitelendiren olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($p:0,04$). Cİ grubunda TSSB gelişimi ile cinsiyet, aile yapısı, okul başarısı, mental kısıtlılık ve fiziksel bulgu varlığı arasındaki ilişki detaylı olarak Tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24: Cİ grubunda TSSB gelişimi ile ilişkili olabilecek faktörlerin incelenmesi

		Travma Sonrası Stres Bozukluğu		p değeri
		Var	Yok	
Cinsiyet	Kadın	52	80	0,832
	N	52	80	
	%	39,4%	60,6%	
Erkek	N	7	12	
	%	36,8%	63,2%	

Aile Yapısı				0,109
Çekirdek	N	31	63	
	%	33%	67%	
Geniş	N	8	11	
	%	42,1%	57,9%	
Parçalanmış	N	20	18	
	%	52,6%	47,4%	
Okul Başarısı				0,040
İyi	N	17	29	
	%	37%	63%	
Orta	N	35	38	
	%	48%	52%	
Kötü	N	7	25	
	%	21,8%	78,2%	
Mental Kısıtlılık				0,486
Var	N	28	49	
	%	36,4%	63,6%	
Yok	N	31	43	
	%	41,9%	58,1%	
Fiziksel Bulgu				0,352
Var	N	16	18	
	%	47,1%	52,9%	
Yok	N	10	25	
	%	28,6%	71,4%	
Bilinmiyor	N	33	48	
	%	40,8%	59,2%	
Muayene İzni Yok	N	0	1	
	%	0%	100%	

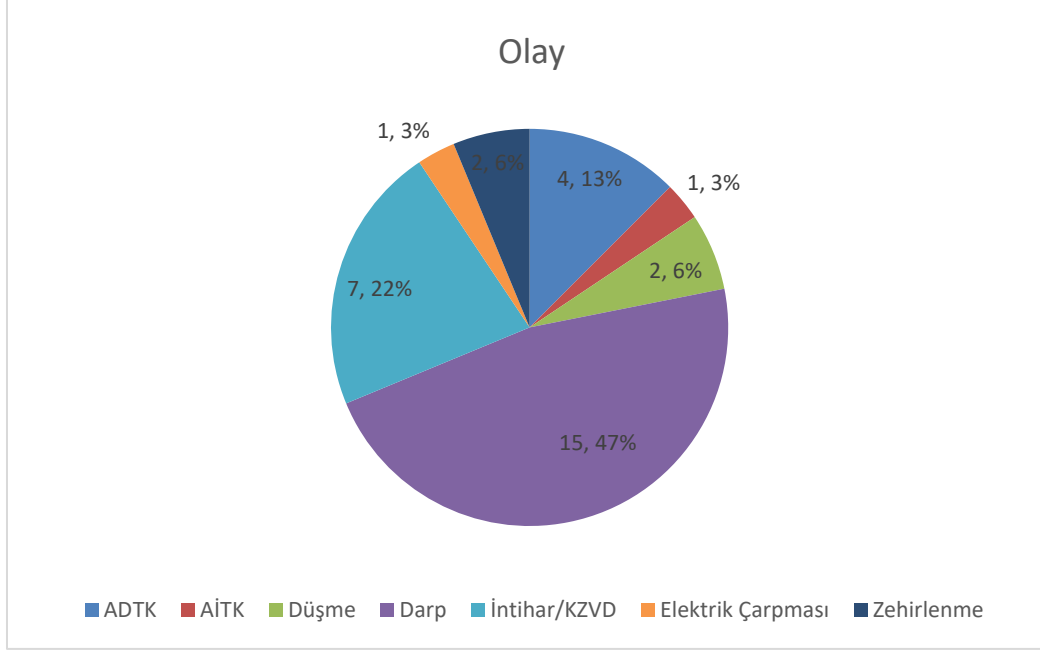
4.3.3 Kati Rapor Grubunun İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen olguların %7,3'ü (n:32) Kati Rapor grubunu oluşturmaktadır. Bu olguların %50'si kız (n:16), %50'si erkek (n:16) cinsiyetindedir.

4.3.3.1 Kati Rapor Grubunda Başvuru Sebeplerinin İncelenmesi

Kati Rapor grubunda başvuru sebepleri incelendiğinde; olguların %47'sinin (n:15) başvuru sebebinin darp edilme, %22'sinin (n:7) intihar veya kendine zarar verme davranışı (KZVD),

%13'ünün (n:4) araç dışı trafik kazası (ADTK), %3'ünün (n:1) araç içi trafik kazası (AİTK), %6'sının (n:2) zehirlenme, %6'sının (n:2) düşme, %3'ünün (n:1) elektrik çarpması olduğu görülmüştür. Grafik 39'da Kati Rapor grubunun başvuru şikayetlerinin dağılımı verilmiştir.

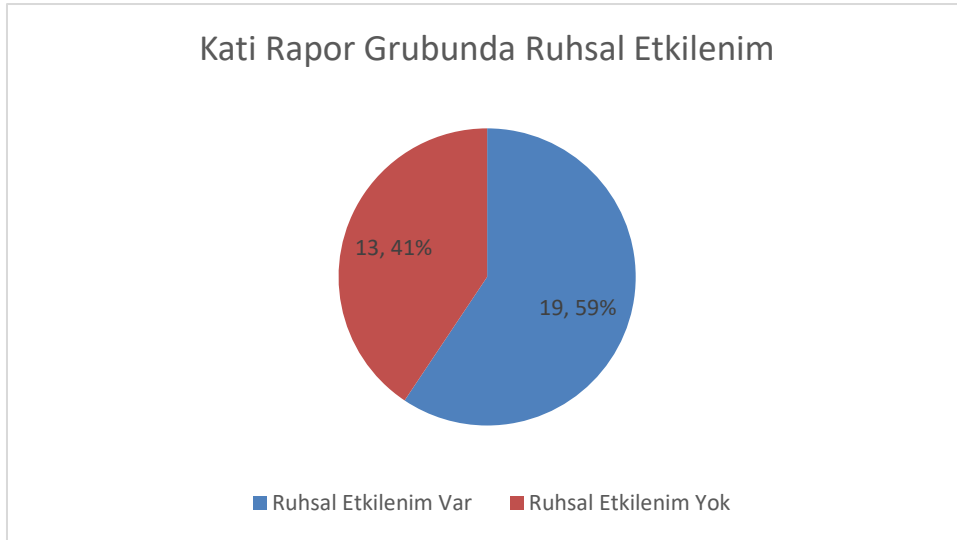


Grafik 39: Kati Rapor grubunun başvuru şikayetleri

4.3.3.2 Kati Rapor Grubunda Olaya Bağlı Meydana Gelen Ruhsal Etkilenimin İncelenmesi

Kati Rapor grubu olaya bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal etkilendirme açısından incelendiğinde, bazı olgularda TSSB, Akut Stres Bozukluğu, MDB gibi ruhsal hastalıkların ortaya çıktığı görülmüştür.

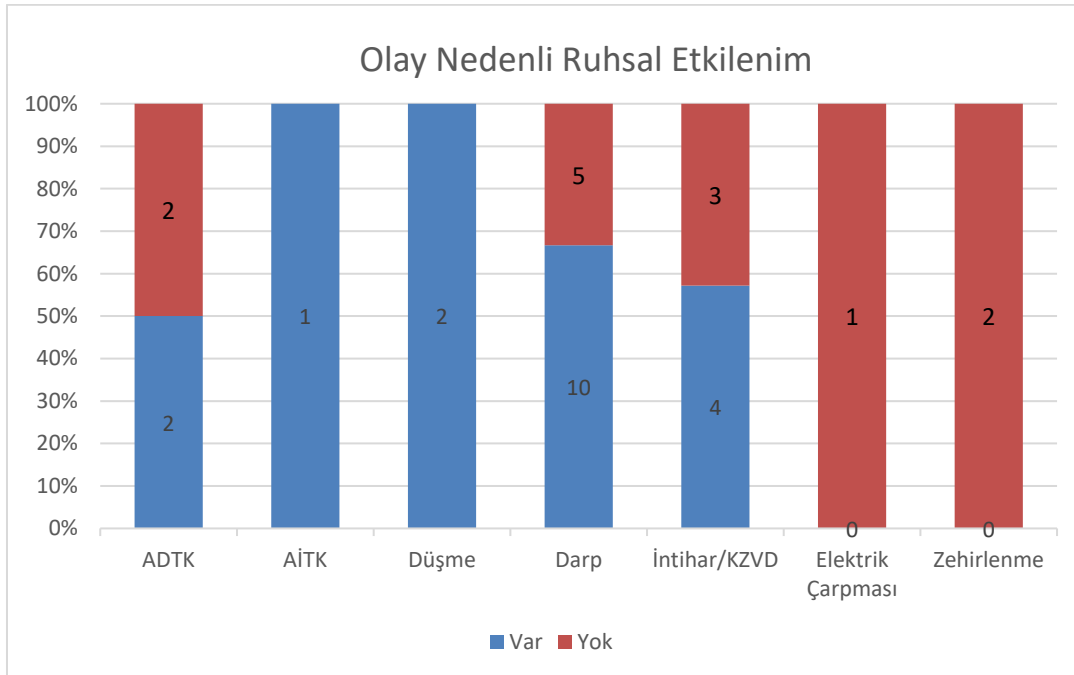
Kati rapor grubu olaya bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal etkilendirme varlığı açısından incelendiğinde; olguların %59'unda (n:19) kati rapor düzenlenmesine neden olan olaya bağlı ortaya çıkan bir ruhsal patoloji saptandığı, %41'inde (n:13) olay nedenli bir ruhsal etkilendirme olmadığı görülmüştür. Grafik 40'da Kati Rapor grubunda olaya bağlı ruhsal etkilendirme varlığının dağılımı gösterilmiştir.



Grafik 40: Kati Rapor grubunda olaya bağlı ortaya çıkan ruhsal etkilenim varlığının dağılımı

4.3.3.3 Kati Rapor Grubunda Başvuru Sebebi ile Ruhsal Etkilenim Varlığının Karşılaştırılması

Kati Rapor grubunda başvuru sebebi ile ruhsal etkilenim ortaya çıkma durumu karşılaştırıldığında, olgunun başvuru sebebi ile ruhsal etkilenim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p:0,344$). Elektrik çarpması ve zehirlenme nedeniyle başvuran olgularda olay nedenli ruhsal etkilenim saptanamamıştır. Grafik 41’de Kati Rapor grubunda başvuru sebebi ile ruhsal etkilenim ilişkisi detaylı olarak verilmiştir.



Grafik 41: Kati Rapor grubunda olay ile ruhsal etkilenim ilişkisinin incelenmesi

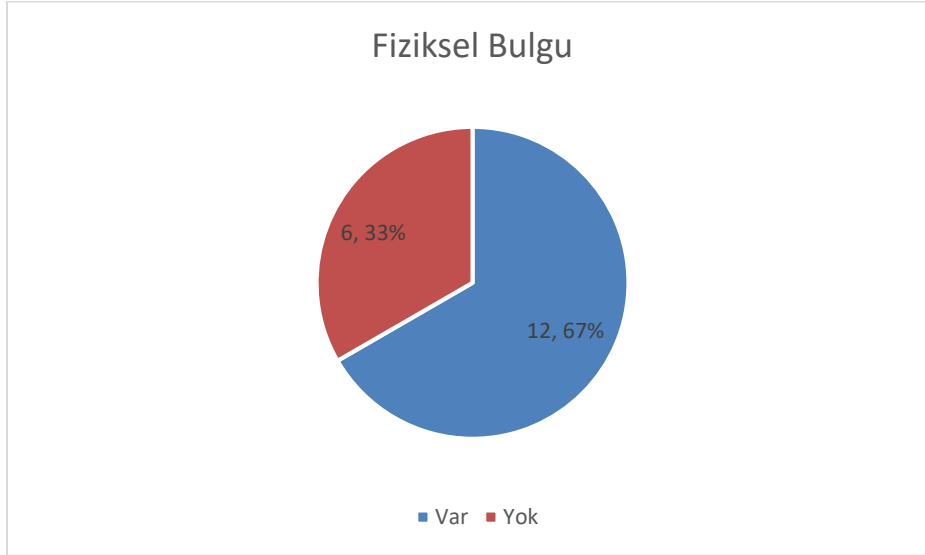
4.3.4 Fİ Grubunun İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen olguların %4,1'i (n:32) Fiziksel İstismar grubunu oluşturmaktadır. Bu olguların %55,6'sı kız (n:10), %44,4'ü erkek (n:8) cinsiyetindedir.

4.3.4.1 Fİ Grubunun Olaya Bağlı Meydana Gelen Fiziksel Bulgu Yönünden İncelenmesi

Fİ grubu iddia edilen olaya bağlı fiziksel bulgu olup olmadığı yönünden incelendiğinde olguların bazılarında istismar nedeni ekimoz, sıyrık, kemik kırığı gibi fiziksel bulguların olduğu görülmüştür.

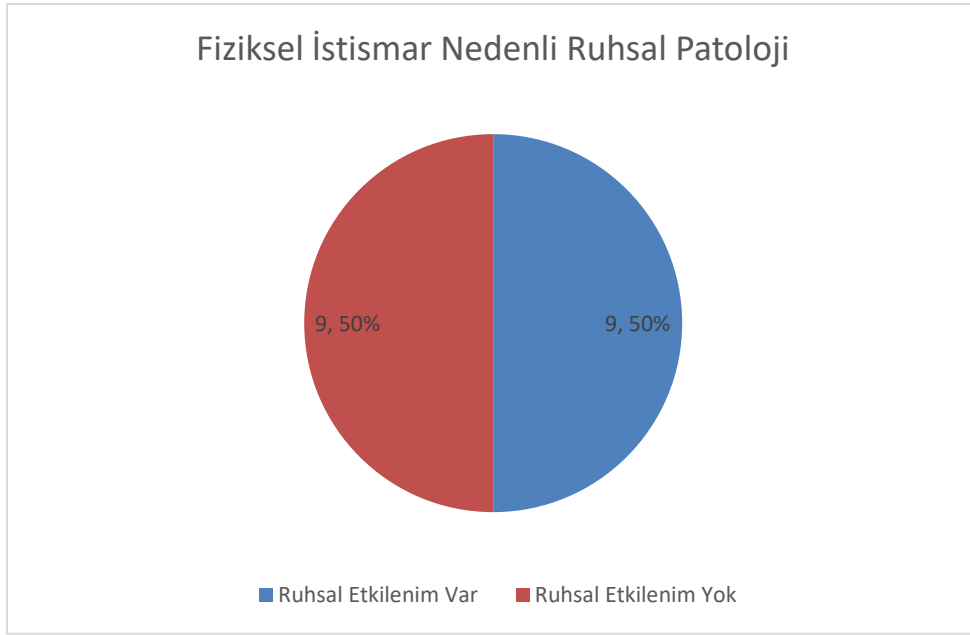
Olguların %67 sinde (n:12) istismar olayı nedeniyle meydana gelen bir fiziksel bulgu saptandığı, %33'ünde (n:6) istismar nedeni bir fiziksel bulgunun tespit edilmediği görülmüştür. Grafik 42'de Fİ grubunda istismar nedeni fiziksel bulgu varlığı gösterilmiştir.



Grafik 42: Fİ olgularında fiziksel bulgu varlığı

4.3.4.2 Fİ Grubunun Olaya Bağlı Meydana Gelen Ruhsal Etkilenim Yönünden İncelenmesi

Fİ grubundaki olgular iddia edilen istismar olayına bağlı gelişen ruhsal patoloji açısından incelendiğinde; olguların %50'sinde (n:9) iddia olunan istismar olayı nedeniyle ortaya çıkan TSSB, MDB gibi ruhsal patolojilerin bulunduğu saptanmıştır. (Grafik 43)



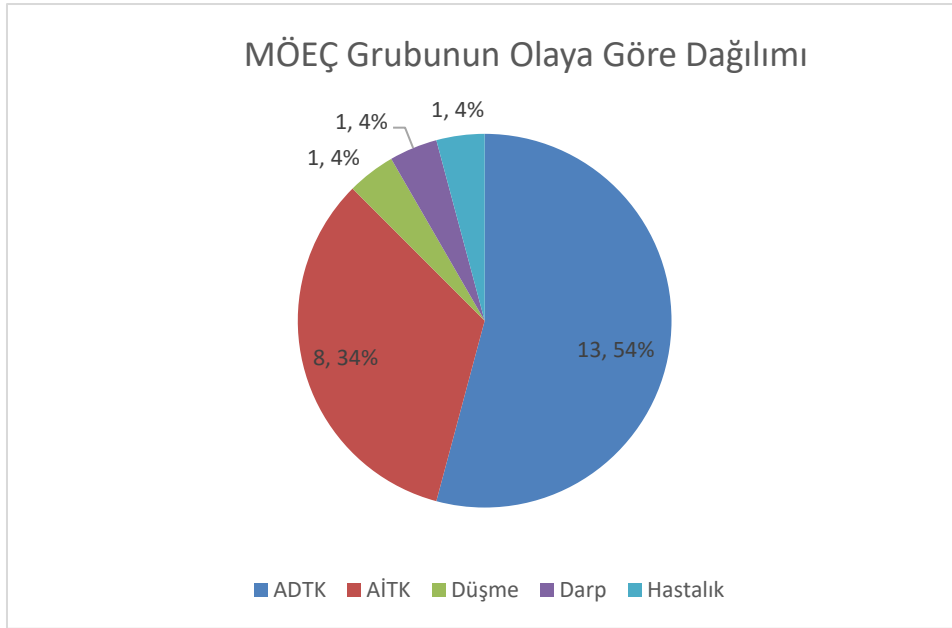
Grafik 43: Fİ grubunda olaya bağlı ruhsal patoloji varlığı

4.3.5 Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunun İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen olguların %5,5'i (n:24) MÖEÇ grubunu oluşturmaktadır. Bu olguların %33,3'ü kız (n:8), %66,7'si erkek (n:16) cinsiyetindedir.

4.3.5.1 Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunun Hakkında Rapor Düzenlenmesi İstenen Olay Yönünden İncelenmesi

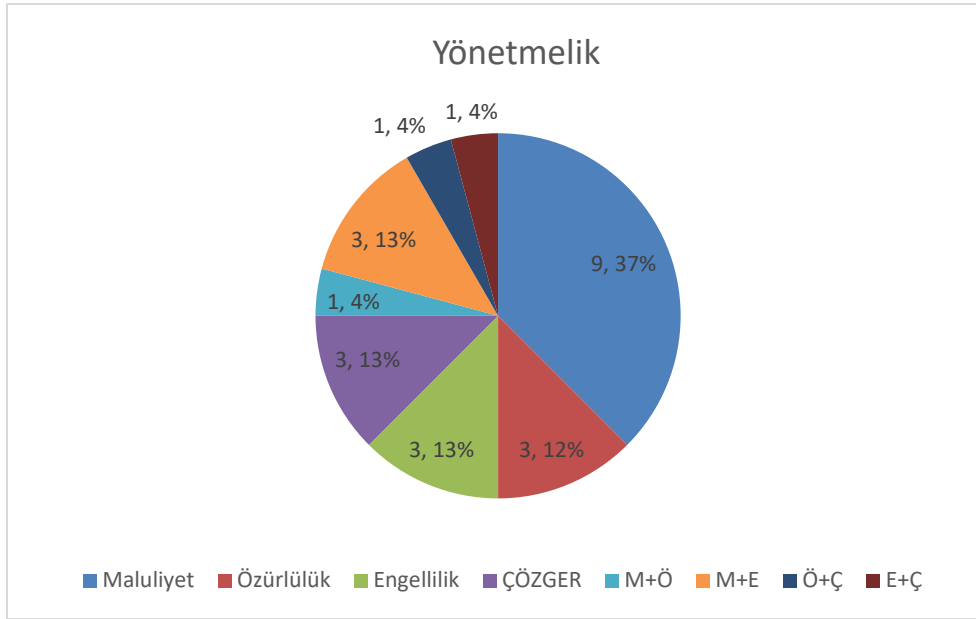
MÖEÇ grubunda hakkında rapor düzenlenmesi istenen olayların dağılımı incelendiğinde; olguların %54'ünün (n:13) rapor düzenlenme nedeninin ADTK, %34'ünün (n:8) AİTK, %4'ünün (n:1) düşme, %4'ünün (n:1) darp, %4'ünün (n:1) tıbbi bir hastalık olduğu anlaşılmıştır. Bu grupta başvuru sebebinin %88 oranında (n:21) trafik kazası (AİTK+ADTK) olduğu saptanmıştır. Grafik 44'te olayların dağılımı verilmiştir.



Grafik 44: MÖEÇ grubunda rapor istem nedeni olan olay

4.3.5.2 Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunun Hakkında Rapor Düzenlenmesi İstenen Yönetmelik Yönünden İncelenmesi

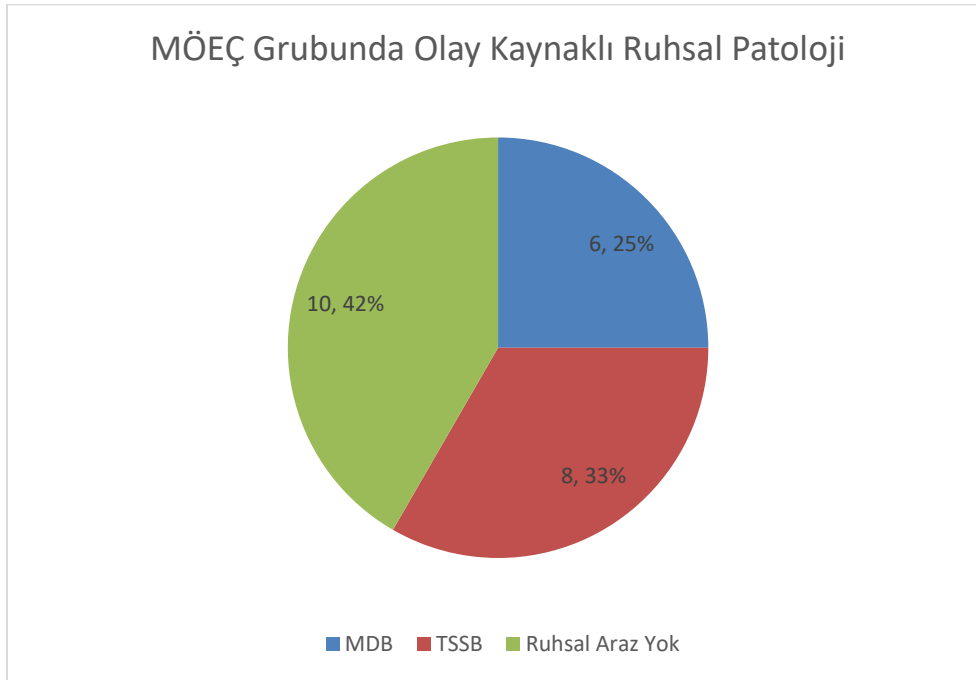
MÖEÇ grubunda rapor düzenlenirken kullanılması istenen yönetmeliklerin dağılımı incelendiğinde; olguların %37'si (n:9) için sadece 'Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliği' (Maluliyet/M), %13'ü için (n:3) sadece 'Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik' (ÇÖZGER/Ç), %13'ü için (n:3) sadece 'Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik' (Özürlülük/Ö), %13'ü için (n:3) sadece 'Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik' (Engellilik/E), %13'ü için (n:3) Maluliyet ve Engellilik (M+E), %4'ü için (n:1) Maluliyet ve Özürlülük (M+Ö), %4'ü için (n:1) Özürlülük ve ÇÖZGER (Ö+Ç), %4'ü için (n:1) Engellilik ve ÇÖZGER (E+Ç) esaslarınca rapor düzenlenmesi istendiği görülmüştür. Grafik 45'te olgular için rapor düzenlenirken kullanılması istenen yönetmeliklerin dağılımı verilmiştir.



Grafik 45: MÖEÇ grubunda rapor düzenlenmesi istenen yönetmelik

4.3.5.3 Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunun Olaya Bağlı Ortaya Çıkan Ruhsal Patoloji Yönünden İncelenmesi

MÖEÇ olguları olaya bağlı gelişen ruhsal patoloji açısından değerlendirildiğinde; olguların %58'ine (n:14) meydana gelen olay nedeniyle TSSB ve MDB tanılarından birinin koyulduğu saptanmıştır. Grafik 46'da olaya bağlı ruhsal patoloji gelişme durumunun dağılımı verilmiştir.

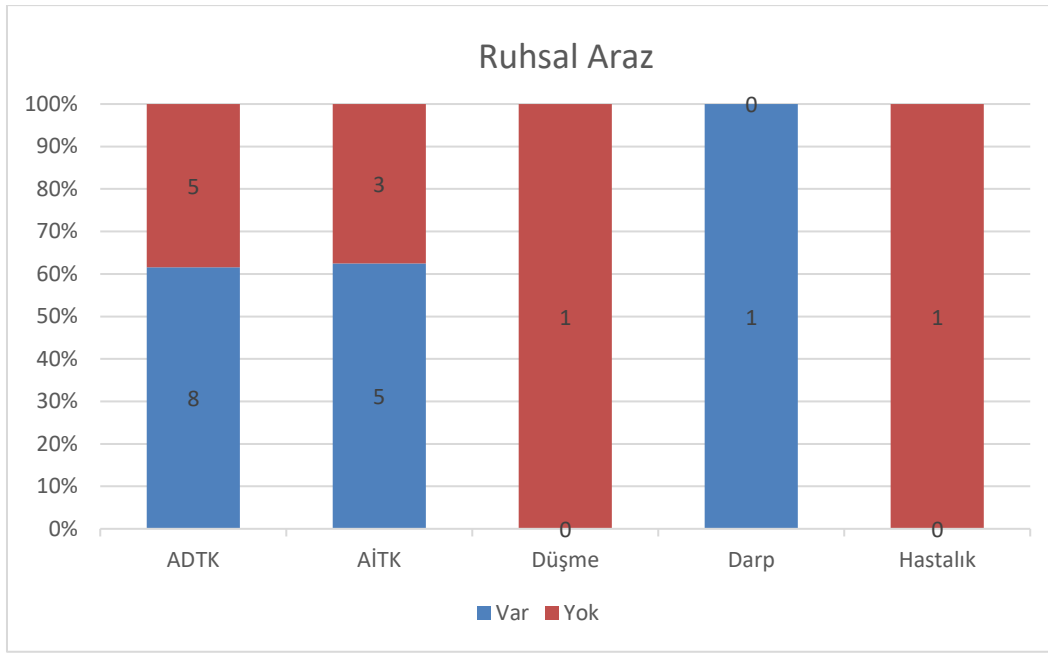


Grafik 46: MÖEÇ grubunda olay nedeniyle ortaya çıkan ruhsal patoloji varlığının dağılımı

4.3.5.4 Maluliyet/Özürlülük/Engellilik/ÇÖZGER Grubunda Olay ile Ruhsal Etkilenim Varlığının Karşılaştırılması

MÖEÇ grubundaki olgularda olay ile olay nedenli ruhsal patoloji ortaya çıkma durumu incelendiğinde; trafik kazası nedenli başvuran olguların %61,9’unda (n:13) olay nedeniyle bir ruhsal patoloji geliştiği görülmüştür.

MÖEÇ grubunda olay ile olay kaynaklı ortaya çıkan ruhsal patoloji arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p:0,612). Grafik 47’de olay gruplarında ruhsal patoloji gelişme durumu ayrıntılı olarak verilmiştir.



Grafik 47: MÖEÇ grubunda olay ile olay nedeniyle ortaya çıkan ruhsal patoloji ilişkisinin incelenmesi

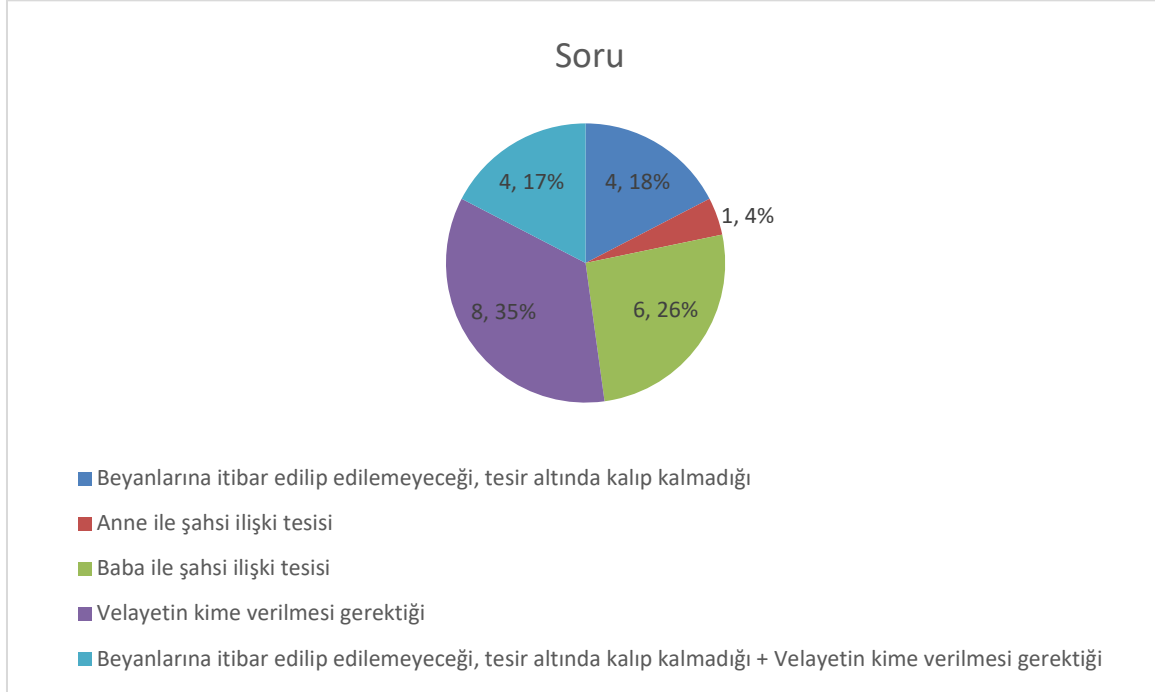
4.3.6 Velayet Grubunun İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen olguların %5,3’ü (n:23) Velayet grubunu oluşturmaktadır. Bu olguların %60,9’u kız (n:14), %39,1’i erkek (n:9) cinsiyetindedir. Bu gruptaki çocukların ebeveynleri boşanmış veya boşanma aşamasında oldukları için velayetin kime verileceğinin tespiti ve/veya ebeveynlerle kişisel ilişki tahsisinin tespiti amacıyla başvurmuşlardır.

4.3.6.1 Velayet Grubunda Sorulan Soruların İncelenmesi

Velayet grubu olguyu tarafımıza gönderen makam tarafından sorulan soruların dağılımı açısından değerlendirildiğinde; olguların %35’inde (n:8) sorulan sorunun ‘velayetin kime verilmesi gerektiği’ olduğu, %26’sında (n:6) ‘baba ile şahsi ilişki tesisi, tesis edilecekse ne şekilde olacağı’, %17’sinde (n:4) ‘beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, tesir altında kalıp

kalmadığı, %4'ünde (n:1) 'anne ile şahsi ilişki tesisi, tesis edilecekse ne şekilde olacağı' olduğu anlaşılmıştır. Grafik 48'de Velayet grubunda tarafımıza sorulan soruların dağılımı verilmiştir.

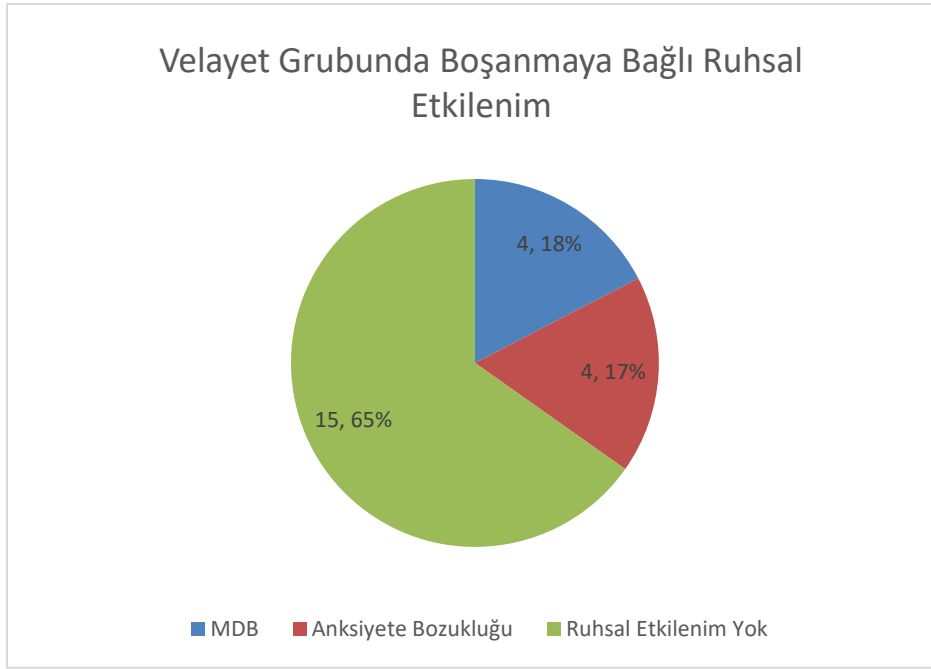


Grafik 48: Velayet grubunda gönderen makam tarafından sorulan soruların dağılımı

4.3.6.2 Velayet Grubunda Boşanma Süreci Kaynaklı Ruhsal Etkilenimin İncelenmesi

Velayet grubu olguları değerlendirilirken, bazı olguların ebeveynlerin boşanma sürecindeki birbirlerine ve çocuklara karşı tutumları, aile ve akraba çevresindeki kişilerin tutumları gibi nedenlerle ruhsal olarak travmatize olduğu anlaşılmıştır. Bu etkilenimin bazı olgularda MDB, Anksiyete Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayacak düzeyde, bazen de eşik altı düzeyde olduğu görülmüştür.

Velayet grubu olguları boşanma süreci kaynaklı ruhsal etkilenim varlığı açısından değerlendirildiğinde; olguların %65'inde (n:15) boşanma sürecinde yaşananlardan kaynaklanan ruhsal etkilenim olmadığı görülmüştür. Grafik 49'da boşanma süreci kaynaklı ruhsal etkilenim varlığı verilmiştir.



Grafik 49: Velayet grubundan boşanma süreci kaynaklı ruhsal etkilenim varlığının dağılımı

4.3.6.3 Velayet Grubunun Rapor Sonuçlarının İncelenmesi

Velayet grubu olgularının rapor sonuçları incelendiğinde; olguların %26,1'i (n:6) için 'velayetın anneye verilmesinin uygun olduğu', %17'4'ü (n:4) için 'velayetın anneye verilmesinin uygun olduğu ve çocuğu etkilemeye yönelik telkin olmadığı', %13'ü (n:3) için 'baba ile şahsi ilişki kurulmasının çocuk için sakıncalı olduğu' kararının verildiği görülmüştür. Tablo 25'de Velayet grubundaki olguların rapor sonuçlarının dağılımı ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 25: Velayet grubu olgularının rapor sonuçlarının dağılımı

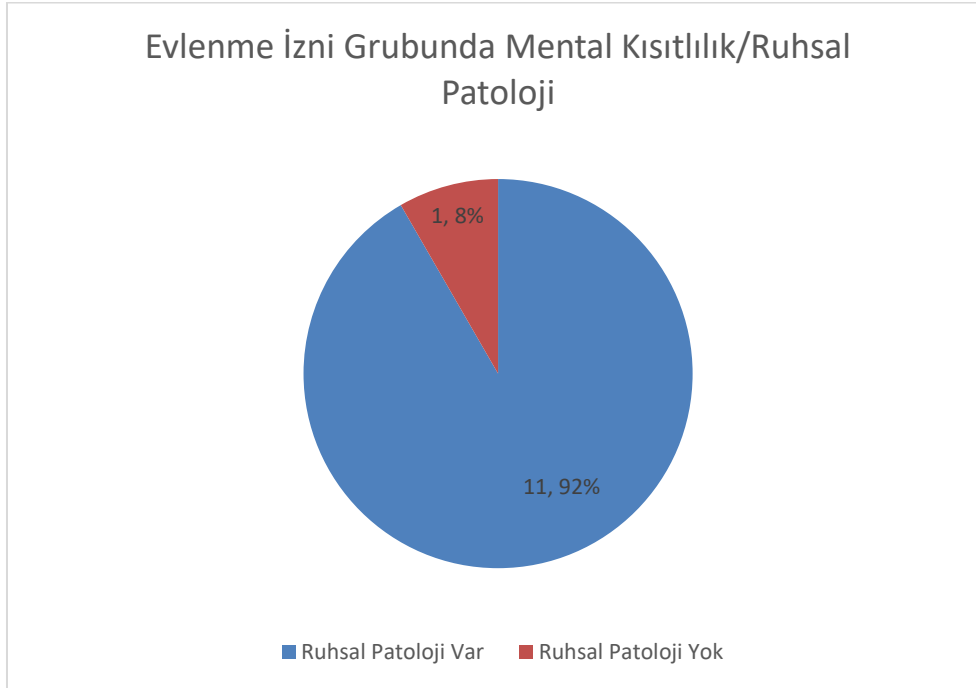
Rapor Sonucu	N	%
Velayetin anneye verilmesi uygun	6	26,1%
Velayetin babaya verilmesi uygun	2	8,7%
Velayetin kime verileceği mahkemenin takdirindedir	1	4,3%
Velayetin kime verileceği müşterek çocuğa sorulsun	2	8,7%
Müşterek çocuğu etkilemeye yönelik telkin olduğu	2	8,7%
Baba ile şahsi ilişki kurulmasının çocuk için sakıncalı olduğu	3	13%
Baba ile şahsi ilişki kurulmasının uygun olduğu	2	8,7%
Velayetin anneye verilmesi uygun + çocuğu etkilemeye yönelik telkin olmadığı	4	17,4%
Velayetin babaya verilmesi uygun + çocuğu etkilemeye yönelik telkin olmadığı	1	4,3%

4.3.7 Evlenme İzni Grubunun İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen olguların %2,7'si (n:12) evlenme izni grubunu oluşturmaktadır. Bu olguların tamamı kadın cinsiyetindedir.

4.3.7.1 Evlenme İzni Grubunda Mental Kısıtlılık veya Ruhsal Patoloji Varlığının İncelenmesi

Bu gruptaki olgularda mental kısıtlılık veya ruhsal patoloji varlığı değerlendirildiğinde; olguların %92'sinde (n:11) mental kısıtlılık veya MDB, DEHB gibi bir ruhsal patoloji bulunduğu, yalnızca 1 tanesinde (%8) mental kısıtlılık veya ruhsal patoloji bulunmadığı görülmüştür. Grafik 50'de Evlenme İzni grubundaki olgularda mental kısıtlılık veya ruhsal patoloji varlığının dağılımı verilmiştir.



Grafik 50: Evlenme İzni grubu olgularında ruhsal patoloji varlığının dağılımı

Bu gruptaki olguların rapor sonuçları değerlendirildiğinde tamamı (n:12) evlenmeye ruhsal ve fiziksel açıdan elverişsiz olarak değerlendirilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezleri başta ihmal ve istismar mağduru çocuklar olmak üzere adli nitelikli çocuk olguların değerlendirilmesi, tanı, tedavi, korunma ve izlenme ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla kurulmaktadır. Üniversite bünyesinde kurulan ve üniversite hastanesinde faaliyet gösteren bu merkezler başta ihmal ve istismar mağduru çocuk olgular olmak üzere, tüm adli nitelikli çocuk olguların değerlendirilmesinde önemli rol üstlenmektedirler.³³

Günümüzde Çocuk Koruma Merkezleri, Cumhuriyet Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi, Osmangazi Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Mersin Üniversitesi ve Ordu Üniversitesi'nde bulunmaktadır. Çalışmamız Çocuk Koruma Merkezlerinde değerlendirilen tüm olgu gruplarının kesitsel olarak değerlendirildiği ilk tez çalışması olma özelliğini taşımaktadır.

Bizim çalışmamızda, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na rapor düzenlenmesi amacıyla yönlendirilen Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi'nde ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda 01.01.2016 – 31.12.2022 değerlendirilip rapor düzenlenmiş olan 438 olgunun dosyaları incelenmiştir. Tartışma; olgu örnekleminin değerlendirilmesi, ebeveyn ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi ve örneklemin adli yönünün değerlendirilmesi başlıkları altında şekillendirilmiştir.

5.1 Örneklemin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza dahil edilen olguların yaş özelliklerine bakıldığında olay tarihinde 4-17 yaş aralığındaki tüm olguların yaş ortalaması $12,51 \pm 2,86$ olarak saptanmıştır. Gruplar özelinde olay tarihlerindeki yaş özelliklerine bakıldığında ise SSÇ vakalarının yaş ortalamasının $13,83 \pm 1,14$, Cİ vakalarının $11,72 \pm 3,22$, Fİ vakalarının $12,5 \pm 2,89$, Kati Rapor vakalarının $12,84 \pm 3,34$, MÖEÇ vakalarının $9,42 \pm 3,34$ olduğu görülmüştür. Olguların rapor tarihlerindeki yaş özelliklerine bakıldığında ise rapor tarihinde 6-18 yaş aralığında olan tüm olguların yaş ortalamasının $14 \pm 2,67$ olduğu saptanmıştır. Gruplar özelinde rapor tarihlerindeki yaş özelliklerine bakıldığında ise SSÇ vakalarının yaş ortalamasının $15 \pm 1,38$, Cİ vakalarının $15 \pm 2,9$, Fİ vakalarının $13,5 \pm 2,89$, Kati Rapor vakalarının $14,5 \pm 3,16$, MÖEÇ vakalarının $12,5 \pm 3,48$, Velayet vakalarının $11 \pm 2,5$, Evlenme İzni vakalarının $16,25 \pm 0,45$ olduğu görülmüştür. Güney Uzunköprü, adli nitelikli çocuk olgularla yaptığı çalışmada tüm olguların yaş ortalamasını $13,19 \pm 3,35$, Cİ olgularının yaş ortalamasını $12,78 \pm 3,60$, SSÇ olgularının yaş

ortalamasını $15,08 \pm 1,23$ bulmuştur.²¹⁵ Çalışmamızda literatürle uyumlu olacak şekilde çocuklarda suça sürüklenme yaşının en çok 13-14 olduğu, istismara uğrama yaşının 11-13 olduğu anlaşılmıştır.²¹⁶⁻²¹⁸

Çalışmamızdaki tüm olguların cinsiyet özelliklerine bakıldığında, literatürdeki bazı diğer çalışmalarla benzer şekilde olguların %52,5'inin (n:230) erkek, %47,5'inin (n:208) kadın cinsiyetinde olduğu görülmüştür.^{215,219} Olgu gruplarında cinsiyet özelliklerine bakıldığında ise SSÇ grubunda %91 (n:162) erkek ve %9 (n:16) kadın, Cİ grubunda %87,4 (n:132) kadın ve %12,6 (n:19) erkek, Kati Rapor grubunda % 50 (n:16) erkek ve %50 (n:16) kadın, Fİ grubunda % 44,4 (n:8) erkek ve %55,6 (n:10) kadın, MÖEÇ grubunda % 66,7 (n: 9) erkek ve %33,3 (n:8) kadın, Velayet grubunda % 39,1 (n:9) erkek ve %60,9 (n:12) kadın, Evlenme İzni grubunda %100 (n: 12) kadın olarak dağılım göstermiştir. SSÇ grubundaki vakaların çok büyük çoğunluğunun erkek cinsiyette olması literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.^{32,215,216,220} Yine literatürle uyumlu bir şekilde Cİ olgularının büyük bir çoğunluğunun kadın cinsiyette olduğu görülmüştür.^{32,215,220} Her ne kadar erkek çocukların kız çocuklarına göre belirgin bir şekilde az oranda cinsel istismara uğradığı görülse de, öte yandan erkek çocuklarının istismarının kız çocuklarının istismarına oranla daha az bildirildiği de bilinen bir gerçektir.²²¹

Olguların eğitim durumları değerlendirildiğinde, olguların büyük çoğunlukla ortaokul ve lise öğrencisi olduğu (n:269 - %61,4) görülmüştür. Lise ve öncesi dönemde eğitim hayatından kopan çocukların sayısının 107 olduğu (%24,4), bu olguların çoğunlukla SSÇ grubundaki çocuklardan (n:70 - %65,4) oluştuğu görülmüştür. Okul çağı gelmesine rağmen hiç okula gitmemiş olan 6 olgunun 3 tanesinin ise SSÇ grubundaki çocuklardan olduğu görülmüştür. Cİ olgularında ise 17 çocuğun (%11,3) eğitim hayatından koptuğu, 1 olgunun (%0,7) da okul çağı gelmesine rağmen hiç okula gitmediği görülmektedir. Özellikle SSÇ olgularında literatürle benzer şekilde eğitim hayatından kopma oranının çok yüksek olduğu dikkati çekmektedir.²¹⁵ Avcı'ya göre okul çocuğun toplumsallaşma sürecini şekillendiren önemli bir unsurdur. Çocuğun ailesinden veya yakın çevresinden kazanamadığı birtakım tutum, düşünce ve davranışları çocuğa kazandırdığını, okulu bırakan çocuğun toplumsallaşma sürecinin sekteye uğrayabileceğini ve bu durumun çocuk suçluluğunu artırabileceğini ifade etmiştir.²²² Bu çocukların eğitim hayatlarına düzenli olarak devam etmesi yönünde alınacak tedbirlerin çocuk suçluluğunun engellenmesine önemli katkısı olacağı görüşündeyiz. Aynı şekilde Cİ grubundaki olgularda da eğitim hayatına devam etmeyen çocukların azımsanmayacak sayıda olduğu düşünüldüğünde, bu çocuklara yönelik alınacak önlemlerin de istismarın önlenmesi

için önemli olduğunu düşünmekteyiz. Evlenme İzni hususunda rapor düzenlenmesi için değerlendirilen, hepsi kız cinsiyette olan 12 çocuğun 8 tanesinin (%66,6) lise ve öncesi dönemde eğitim hayatını bıraktığı, 1 tanesinin (%8,3) de hiç okula gitmediği görülmüştür. Bu veri oldukça dikkat çekicidir. Literatürde de çalışmamızın sonuçlarını doğrular nitelikte çocuk yaşıta evliliğin okul hayatından kopma için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.^{213,223}

Olgularda sınıf tekrarı durumu değerlendirildiğinde, tüm olgulardan 116 tanesinin (%26,5) en az bir kez sınıf tekrarı yaptığı görülmüştür. Sınıf tekrarı yapan olguların 77 tanesinin (%66,4) SSÇ grubundaki çocuklardan olması ve SSÇ grubunun %43,3'üne (n:77) tekabül etmesi dikkate değer bulunmuştur. Okul devamsızlıkları incelendiğinde, tüm olguların 126 tanesinin (%28,7) sık sık devamsızlık yaptığını ifade ettiği görülmüştür. SSÇ grubunun sınıf tekrarında olduğu gibi en fazla devamsızlık yapan olgu grubu olduğu (n:96 - %72,2) anlaşılmıştır. Okul başarısızlığının ve devamsızlığının çocuk suçluluğu için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir.^{224,225} Çalışmamızdaki bulgularımız da bu literatür bilgisini doğrulamaktadır. Cİ olgularında da sınıf tekrar oranı %20,1 oranında (n:26) bulunmuştur. Bizim çalışmamızla uyumlu şekilde düşük okul başarısının cinsel istismarın hem risk faktörü hem de sonucu olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur.²²⁶⁻²²⁸

Olgularda özel eğitim alma ile okul başarısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde; özel eğitim alan olguların okul başarısını özel eğitim almayan olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır. Okul başarısını iyi olarak nitelendiren olguların %4,6'sının (n:5) özel eğitim almış olması dikkat çekici bir bulgudur. Okul başarısını orta olarak nitelendiren olguların %9,8'inin (n:17), kötü olarak nitelendiren olguların da %24,2'sinin (n:36) özel eğitim aldığı saptanmıştır. Görüldüğü üzere okul başarısı düştükçe olgularda özel eğitim alma oranı artmaktadır. Olgularda özel eğitim alma ile sınıf tekrarı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde; özel eğitim alan olgularda yine sınıf tekrarı yapma oranı özel eğitim almayan olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Sınıf tekrarı olmayan olguların %9,5'inin (n:30) özel eğitim aldığı, sınıf tekrarı olan olguların ise %24,5'inin özel eğitim aldığı görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak özel eğitim almanın çocuğun akademik başarısına olumlu katkısının olduğunu söyleyebiliriz. Yine sınıf tekrarı olan olguların yalnızca yaklaşık dörtte birinin özel eğitim almış olması, çocuklarda özel eğitim gereksiniminin daha hassas bir şekilde irdelenmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Olgularda okul başarısı ile ruhsal hastalık varlığı ilişkisini değerlendirdiğimizde; en yüksek psikiyatrik hastalık görülme oranının okul başarısını orta olarak nitelendiren olgularda (%58,6 - n:102) olduğu görülmüştür. Okul başarısını orta olarak nitelendiren olgularda psikiyatrik hastalık varlığının, okul başarısını iyi ve kötü olarak nitelendiren olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Olgularda sınıf tekrarı ile ruhsal hastalık varlığı ilişkisini değerlendirdiğimizde; sınıf tekrarı olan ve sınıf tekrarı olmayan olgular arasında psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Sınıf tekrarı olan olguların %52,6'sının (n:61) bir psikiyatrik hastalığı olduğu, sınıf tekrarı olmayan olguların %52,8'inin (n:167) bir psikiyatrik hastalığı görülmüştür. Her ne kadar çalışmamızdaki bulgularımızda okul başarısını orta olarak nitelendiren olguların daha yüksek oranda psikiyatrik bir hastalığı olduğu sonucu çıksa da, bu bulguyu sınıf tekrarı konusundaki bulgularımızla birleştirdiğimizde okul başarısı ile olguların psikiyatrik hastalık durumu arasında bir ilişki olmadığını söyleyebiliriz. Okul başarısı değerlendirirken olguların subjektif görüşleri veri olarak alındığı için bu şekilde bir sonuç ortaya çıkmış olabilir. Bu durum da çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak göze çarpmıştır.

Çalışmamıza dahil edilen olgularda okul başarısı ile mental kısıtlılık varlığı arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; okul başarısını iyi olarak nitelendiren olguların %16,5'inde (n:18) mental kısıtlılık saptandığı, orta olarak nitelendiren olguların %55,7'sinde (n:97) mental kısıtlılık saptandığı, kötü olarak nitelendiren olguların ise %85,9'unda (n:128) mental kısıtlılık saptandığı görülmüştür. Okul başarısı iyi olan olgularda mental kısıtlılığın orta ve kötü olan olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Okul başarısını iyi olan olgularda bile %16,5 oranında mental kısıtlılık saptanması dikkat çekici bir bulgudur. Mental kısıtlılığın okul başarısı düştükçe artması ise beklenen bir durumdur. Ancak bu oranın okul başarısı kötü olan olgularda %85,9'a kadar çıkması, okul başarısı iyi olan olgularda dahi %16,5 oranında bulunması da düşündürücüdür. Sınıf tekrarı ile mental kısıtlılık varlığı ilişkisini incelediğimizde ise; sınıf tekrarı olan olguların %81'inde (n:94), sınıf tekrarı olmayan olguların da %47,2'sinde (n:149) mental kısıtlılık olduğu saptanmıştır. Daha önce de bahsettiğimiz gibi çalışmamızda mental kısıtlılık ifadesi, klinik zekâ düzeyi normalin altında olan olguları kapsamaktadır. Donuk – normal zekâ düzeyindeki olguların da bu kapsamda değerlendirilmesi nedeniyle okul başarısını iyi olarak nitelendiren ve sınıf tekrarı olmayan olgularda mental kısıtlılık varlığının bu denli yüksek bulunduğunu düşünmekteyiz.

Olguların çalışma hayatına dahil olma durumu değerlendirildiğinde, tüm olguların 105 tanesinin (%24) çalışma hayatına dahil olduğu görülmüştür. Bu olguların 81 tanesi SSÇ, 6

tanesi de Evlenme İzni grubunda olduğu görülmüştür. Kendi içinde gruplandırıldığında SSÇ grubunun %45,5 oranında, Evlenme İzni grubunun da %50 oranında çalışma hayatına dahil olduğunun tespit edilmesi dikkate değer bulunmuştur. Literatürde çocuk işçiliğinin, özellikle sokakta çalışmanın çocuk suçluluğu için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir.^{39,224} Benzer şekilde UNICEF tarafından yayınlanan raporda sosyoekonomik güçlüklerin erken evlilik riskini 2,5 kat artırdığı belirtilmiştir.²²⁹ Ülkemizde yapılan başka çalışmalarda da erken evlenen olgularda aile sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu ortaya konulmuştur.^{213,230} Bizim çalışmamızda ekonomik hayata dair veri bulunmamakla birlikte, erken evlenme isteği veya erken evlenme durumunda çalışma hayatına dâhil olma oranının yükselmesi bu durumun sosyoekonomik güçlükler ile yakın ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Olgular fiziksel hastalık varlığı durumuna göre değerlendirildiğinde; tüm olguların %9,8'inin (n:43) bedensel özür, sistemik kronik hastalık gibi en az bir fiziksel hastalığa sahip olduğu anlaşılmıştır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da bu oran olgu gruplarında çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde ortama %3-%10 arasında değişmektedir.^{32,231} Olgu grupları içinde MÖEÇ grubundaki vakaların 9 tanesinde (%37,5) fiziksel bir rahatsızlık bulunmuştur. Fiziksel hastalığı bulunan olguların oranının en yüksek olduğu bu grupta vakaların yaralanma nedeniyle başvurduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu durum beklentilerle paralellik göstermektedir.

Olgular ruhsal hastalık varlığı durumuna göre değerlendirildiğinde; tüm olguların %52,3'ünde (n:229) en az bir adet ruhsal hastalık olduğu anlaşılmıştır. Ülkemizde benzer vaka grupları ile yapılan çalışmalarda olgularda ortalama %10 ila %65 arasında değişen geniş bir aralıkta ruhsal hastalık bulunduğu göz önüne alındığında, literatürde bizim çalışmamızdaki bulgularımızla benzer şekilde olgu grupları olduğu saptanmıştır.^{32,215,219,232} Çalışmamızda ruhsal hastalık varlığı en yüksek olan grubun Cİ grubu olması (%63,6 – n:96) bu grubun mağdur grubu olduğu da düşünüldüğünde beklediğimiz bir durumdu. Yine Fİ grubunda da %39 (n:7) oranında ruhsal hastalık varlığı tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında, mağdur çocukların diğer tüm çocuklardan daha fazla psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyduğunu düşünmekteyiz. SSÇ grubunda ise %51,1 oranında (n:91) ruhsal hastalık tespit edilmiş olması da dikkat çekicidir. SSÇ grubundaki olgularda Yağcı'nın yaptığı çalışmada %34,8 oranında, Yiğit'in yaptığı çalışmada ise %49 oranında ruhsal hastalık saptandığı bildirilmiştir.^{233,234} Bizim çalışmamızda bu oran diğer iki çalışmaya göre daha yüksek çıkmış olmakla birlikte, benzer özellikler gösterdikleri tespit edilmiştir. Velayet grubu olgularında ise %43,5 oranında (n:10) boşanma süreci nedenli ortaya çıkan bir ruhsal patoloji olduğu görülmüştür.

Wallerstein ve Lewis yaptıkları araştırmada boşanmadan 25 yıl sonra bile kişilerin mutsuzluk, yalnızlık, öfke gibi duygularının devam ettiğini tespit etmişler ve boşanmanın ruhsal etkilerinin ömür boyu sürdüğünü belirtmişlerdir.²³⁵ Yapılan başka bir çalışmada; boşanma sonrasında velayet hakkını alan ebeveynin çocukla ilişkilerinin iyi olması, çocuğun diğer ebeveyn ile de iyi ilişkileri olması, çocuğun ekonomik olarak güvende olması ve ebeveynlerin arasında çekişme olmamasının boşanma ve sonrasındaki süreçte çocuğun ruh sağlığına olumlu katkı sağladığı saptanmıştır.²³⁶ Boşanma sürecinin çocuklar için stres ve belirsizlik nedeni olduğu açıktır. Bu yüzden boşanma sürecinde olan ebeveynler müşterek çocuklarının ruh sağlığı açısından son derece dikkatli olmalı, çocuklarına yaklaşımlarını ve tutumlarını boşanma nedeniyle değiştirmemeli, çocukların ruhsal anlamda desteklenmesi için her türlü önlemi almalılardır. Adli makamların da bu konu üzerinde azami ölçüde durması çocuğun üstün yararı açısından faydalı olacaktır.

Olgulardaki ruhsal hastalıklar, hastalığın tanısı özelinde değerlendirildiğinde; çalışmaya dahil edilen tüm olguların %28,3'ünde (n:124) DEHB tanısının bulunduğu saptanmıştır. Çalışkan Demir yaptığı araştırmada adli nitelikli çocuk olgularda DEHB yaygınlığını %20 olarak bulmuştur.²³⁷ Bu olgular içinde DEHB oranının yüksekliği ile dikkat çeken iki grup SSÇ ve Kati Rapor grubudur. SSÇ olgularında DEHB varlığı %43,3 oranında (n:77) bulunmuştur. Güney Uzunköprü yaptığı çalışmada SSÇ olgularında DEHB yaygınlığını %21,6, Ayaz ve arkadaşları da %23,5, Eyüboğlu ve arkadaşları %14,2 olarak bulmuştur.^{32,53,215} SSÇ olgularında DEHB tanısının bu denli yüksek olmasının DEHB tanılı çocuklarda dürtüselliğin yüksek olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Aynı zamanda Kati Rapor grubundaki çocuklarda, yani herhangi bir yaralanma nedeniyle başvuran çocuklarda da DEHB oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Bu durumun da DEHB'nin dikkat eksikliği komponentinin çocukların yaralanmaya daha açık hale gelmesine neden olabileceği söylenebilir.

Olgulardaki MDB yaygınlığını değerlendirdiğimizde; tüm olguların %10'unda (n:44) MDB saptandığı görülmüştür. Çalışkan Demir yaptığı çalışmada adli nitelikli çocuk olgularda MDB sıklığını %14,5, Gökçen ve arkadaşları %8,3, Ayaz ve arkadaşları %14,7 olarak bulmuştur.^{32,220,237} Bizim çalışmamızdaki bulgularımız da literatürdeki bu bulgular ile uyumludur. Çalışmamızdaki olgu gruplarında ise MDB sıklığı Cİ (%15,23 - 23), Kati Rapor (%21,9 - 7) ve MÖEÇ (%20,1 - 5) grupların tüm diğer olgu gruplarına oranla yüksek bulunmuştur. Cinsel istismar mağduru olgularda literatürde MDB yaygınlığı %10-%25 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir.^{217,238} Cinsel istismarın travmatik boyutu göz önünde

bulundurulduğunda, istismar mağduru olgularda yüksek MDB tanısı beklenen bir durumdur. Kati Rapor ve MÖEÇ grubu olgularında, mağdur çocukların başından geçen yaralama, trafik kazası, düşme gibi olaylar ve sonrasında ortaya çıkan kayıplar ve arazların MDB'nin ortaya çıkmasına zemin hazırladığı öngörülebilir. Adli nitelikli çocuk olgularda özellikle mağdur çocukların MDB açısından ayrıca değerlendirilmesinin ve bu konuda gerekli tedavi ve desteğin sağlanmasının önemli olduğu görüşündeyiz.

Olgularda TSSB dağılımını incelediğimizde, çalışmamızdaki tüm olguların %15,3'ünün (n:67) TSSB tanısının olduğu anlaşılmıştır. TSSB tanısı alan olguların çok büyük bir bölümü (%88,1 – 59) Cİ grubundadır. Cİ grubunun içinde ise TSSB tanısı olan olguların oranı %39,1 olarak bulunmuştur. Literatüre baktığımızda; Aksu yaptığı çalışmada cinsel istismar mağduru olgularda TSSB tanısının oranını %30,6, Domaç yaptığı çalışmada enstest mağduru olgularda TSSB tanısının oranını %38,1 olarak saptamıştır.^{217,239} Ülkemizde yapılan bir çalışmada enstest mağduru kız çocuklarında depresyon ve TSSB ile algılanan sosyal destek ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, enstest kurbanlarının ailelerinden algıladıkları sosyal destek arttıkça, TSSB ve depresyon belirtilerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır.²⁴⁰ Biz de istismar mağduru çocuklarda bu denli yüksek oranda TSSB görülmesinin nedenlerinden birinin, bu çocukların yeterli psikososyal destekten mahrum kalmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Mağdurun yakın çevresi ve özellikle ailesi için bu konuda farkındalık oluşturacak tedbirlerin alınmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızdaki olgularda MKB tanısının varlığını incelediğimizde; olgulara %1,6 (n:7) oranında MKB tanısının konulduğu anlaşılmıştır. Her ne kadar olgular çocuk yaşta olmalarına rağmen sigara-alkol-madde kullanım öyküsü bu sayıdan epey yüksek olsa da, bu oranda tanı alacak düzeyde derecede MKB bulguları saptanmamıştır. Olgu grupları arasında ise MKB varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Her ne kadar gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da bu olguların %57,2'sinin (n:4) SSÇ grubundaki olgulardan olması bizce dikkate değerdir. Bu olguların içinde de ileride MKB tanısı almaya aday olgusu sayısının azımsanmayacak düzeyde olduğunu düşünmekteyiz. Tüm olguların %37,9'unun (n:166) sigara kullandığı, %13'ünün (n:57) alkol kullandığı, %6'sının (n:26) madde kullandığı anlaşılmıştır. SSÇ grubundaki vakalarda sigara- alkol – madde kullanımının diğer tüm gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanması dikkate değer bulunmuştur. Alkol-madde kullanımının hırsızlık, cinayet, yaralama, cinsel saldırı gibi suçlar için risk faktörü olduğu yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur.²⁴¹⁻²⁴³ Özellikle suça sürüklenen çocuklar için alınacak önlemlerin başında alkol-madde

kullanımının önlenmesine veya azaltılmasına yönelik girişimlerin toplum sağlığı için faydasının yüksek olduğu, bu çocukların ileriki hayatlarında da suça karışma ihtimalini azaltacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamıza dahil edilen olgularda DB yaygınlığı değerlendirildiğinde; tüm olguların %9,1'ine (n:40) DB tanısı konulduğu görülmüştür. Olgu gruplarında DB tanısının yaygınlığına baktığımızda DB tanısı olan olguların %77,5'inin SSÇ grubunda (n:31) olması dikkat çekicidir. Literatüre baktığımızda yapılan çalışmalarda SSÇ olgularında %6 ila %24 arasında değişen oranlarda olduğu saptanmıştır.^{53,232,244} Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde SSÇ grubunda DB tanısı %17,4 oranında bulunmuştur. Davranım bozukluğu tanılı çocukların, DB tanısı olmayan çocuklara göre daha çok suç tekrarında bulundukları bildirilmiştir.^{245,246} Bizim çalışmamızda da DB tanılı çocukların %64,5'inin (n:20) tekrarlayıcı suç öyküsü olduğu görülmüştür. Davranım Bozukluğu'nun Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısının da öncülü olması göz önünde bulundurulduğunda bu tanıyı alan çocukların gelişim dönemlerinde psikososyal olarak daha fazla desteklenmesinin gerektiği görüşündeyiz.

Olgu gruplarında ÖÖG varlığını değerlendirdiğimizde, tüm olguların %5,9'una (n:26) ÖÖG tanısı konulduğu anlaşılmıştır. Her ne kadar olgu grupları arasında ÖÖG varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da bu olguların 14 tanesinin Cİ, 10 tanesinin de SSÇ grubunda olması dikkat çekicidir. Ankara'da yapılan bir çalışmada DEHB ve ÖÖG tanısı olan çocukların anne ve babaları tarafından daha çok duygusal istismara uğradıkları bildirilmiştir.²⁴⁷ ÖÖG tanılı çocuklarda suça sürüklenme ve istismar mağduru olma konularında daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza dahil edilen olguların zekâ düzeylerini değerlendirdiğimizde; tüm olguların %56,8'inin (n:249) zekâ düzeyinin normal zekanın altında olduğu saptanmıştır. Literatüre baktığımızda adli nitelikli çocuk olguların dahil edildiği çalışmalarda mental retardasyon oranı %15 - %40 arası değişen oranlarda olduğu bildirilmiştir.^{32,215,237} Bu çalışmalarda ifade edilen mental retardasyon varlığıdır. Biz çalışmamızda normal zekâ düzeyinin altındaki tüm olguları mental kısıtlı kabul ettiğimiz için, kısıtlılık oranı literatürdeki diğer çalışmalara kıyasla biraz daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda olgu grupları özelinde mental kısıtlılık durumu incelediğimizde ise SSÇ ve Evlenme İzni grubunda diğer gruplara kıyasla mental kısıtlılığın anlamlı derecede yüksek olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızda SSÇ grubunda mental kısıtlılık oranının %77 olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda zekâ geriliklerinin çocuklarda suça sürüklenme için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.^{56,248} Yine erken

evlenme izni için başvuran çocukların değerlendirildiği çalışmalarda ise bu çocuklarda mental kısıtlılık oranının %13 ile %17,5 oranında olduğu saptanmıştır.^{230,249} Bizim çalışmamızda bu oran %75 idi. Bu oranın bizim çalışmamızda bu denli yüksek çıkmasının bir nedeni de tarafımıza daha önce değerlendirilip karar verilemeyen, mental durumu ve gelişim düzeyi hakkında net kanaat oluşturulamayan vakaların gönderilmesi kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Tüm bu sonuçlar gösteriyor ki, özellikle çocuk suçluluğu ve çocuk evlilikleri için mental kısıtlılık bir risk faktörüdür. Mental kısıtlılık şüphesi olan olgular için ileri değerlendirme ve sonrasında alınacak önlemlerin çocuk suçluluğunu ve çocuk evliliklerini azaltmada katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Velayet davaları nedeniyle değerlendirilmesi için yönlendirilen olguların zekâ düzeylerinin ise diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu vakaların sadece %8,7'sinde (n:2) mental kısıtlılık mevcuttu. Literatüre baktığımızda velayet davaları için değerlendirilen çocukların zekâ düzeyleri ile ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Halbuki bu çocukların değerlendirme süreçlerinde zekâ değerlendirmesinin de önemli bir bileşen olduğu bildirilmiştir.²³⁶ Biz çalışmamızdaki bu bulguların velayet davası için başvuran çocukların ebeveynlerinin diğer çocukların ebeveynlerine kıyasla yüksek sosyoekonomik düzeyde olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Yapılan araştırmalarda da çiftlerde yüksel eğitim düzeyinin ve yüksek sosyoekonomik düzeyin boşanmayı kolaylaştırıcı bir faktör olduğu bildirilmiştir.^{250,251}

5.2 Örneklemnin Ebeveyn ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza dahil edilen olguların ebeveynlerinin birlikte olma durumunu değerlendirdiğimizde; tüm olguların %30,8'inin (n:135) ayrı oldukları anlaşılmıştır. Bu sayıya ebeveynlerinden en az bir tanesi vefat etmiş olan olguların sayısı (n:29) da dahildir. Yani her iki ebeveyni de hayatta olan olguların 106 tanesinin (%24,2) ebeveynleri ayrıdır. Bu olguların 23 tanesini velayet grubundaki olgular oluşturmaktadır. Velayet grubundaki olguları bu değerlendirmenin dışında tuttuğumuzda, fiziksel istismar mağduru olguların ebeveynlerinde ayrılık (n:12 - %66,6), diğer tüm gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum oldukça dikkat çekicidir. Yani kabaca fiziksel istismar mağduru olma iddiası nedeniyle değerlendirilen olguların kabaca 2/3'ünün ebeveynleri ayrıdır. Walker ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada istismar mağduru çocukların %25,4'ünün ebeveynlerinin ayrı olduğunu saptamıştır.²⁵² Ebeveynlerin ayrı olması, evlilik ile ilgili problemleri çocuğu tek başına büyütme, ebeveynlerin birinin vefat etmesi çocuk istismarı için risk faktörü olarak tanımlanmıştır.^{7,252-255}

Olgularda ebeveynlerin hayatta olma durumunu incelediğimizde; olguların %93,4'ünün (n:409) her iki ebeveyninin de hayatta olduğu, 7 tanesinin (%1,6) annesinin vefat etmiş olduğu, 18 tanesinin (%4,1) babasının vefat etmiş olduğu, 4 tanesinin de (%0,9) hem anne hem babasının vefat etmiş olduğu anlaşılmıştır. Olgu gruplarında ise ebeveynlerin hayatta olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Güney Uzunköprü 2016 yılında yaptığı çalışmada adli nitelikli çocuk olgularda %7,3'ünün (n:11), Ayaz ve arkadaşları 2012 yılında yaptığı bir çalışmada olguların %7,3'ünün (n:13) ebeveynlerinden en az bir tanesinin hayatının kaybettiğini saptamıştır.^{32,215} Bizim çalışmamızdaki bulgularımız da bu literatür bilgileri ile uyumludur. Literatüre bakıldığında en az bir ebeveyninin hayatta olmamasının istismar mağduru olma açısından risk faktörü olduğuna dair veriler mevcut olsa da bizim çalışmamızda böyle bir ilişki saptanmamıştır.¹³⁵

Olgularda ebeveynlerin eğitim düzeylerini değerlendirdiğimizde; 96 (%21,9) olgunun anne eğitim düzeyinin ortaokul ve üstü olduğu, 179 olgunun (%40,8) anne eğitim düzeyinin ilkököl ve altı olduğu, 47 (%10,7) olgunun annelerinin okuma yazma bilmediği, 116 olgunun (%26,5) annelerinin eğitim düzeyinin bilinmediği saptanmıştır. Babalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde; 108 (%24,6) olgunun baba eğitim düzeyinin ortaokul ve üstü olduğu, 174 olgunun (%39,8) baba eğitim düzeyinin ilkököl ve altı olduğu, 36 (%8,2) olgunun babalarının okuma yazma bilmediği, 120 olgunun (%27,3) babalarının eğitim düzeyinin bilinmediği görülmüştür. Velayet grubunda baba eğitim düzeyinin diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızdaki ile benzer şekilde velayet davası nedeniyle değerlendirilen çocuk olguların anne ve babalarının eğitim düzeyi çoğunlukla lise ve üstünde bulunmuştur.²⁵⁶ Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da SSÇ ve Cİ grubundaki ebeveynlerin eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda da ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olmasının hem istismar açısından hem de istismar sonrası ortaya çıkacak ruhsal problemler açısından risk faktörü olduğu bildirilmiştir.^{257,258} Çocuk suçluluğu için de anne eğitim düzeyinin düşük olmasının çocuğun suça sürüklenmesi için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.²⁵⁹ Velayet grubundaki olguların hem anne hem baba eğitim düzeyi diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızdaki bulgularımız ile uyumlu şekilde yüksek eğitim düzeyinin boşanma için kolaylaştırıcı bir faktör olduğu bildirilmiştir.^{250,251}

Olguların ebeveynlerinin çalışma ve meslek durumlarını değerlendirdiğimizde; 258 olgunun (%58,9) annesinin ev hanımı olduğu, 75 olgunun (%17,1) annesinin işçi olarak

çalıştığı, 54 olgunun (%12,3) annesinin mesleği hakkında veri olmadığı anlaşılmıştır. Çalışmaya dahil edilen olguların babalarının meslekleri incelendiğinde 187 olgunun (%42,7) babasının işçi olarak çalıştığı, 41 olgunun (%9,4) babasının çalışmadığı, 74 olgunun (%16,9) babasının mesleği hakkında veri bulunmadığı saptanmıştır. Her ne kadar olgu grupları arasında anne meslekleri ve çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da Velayet grubundaki annelerin büyük çoğunluğunun çalıştığı görülmüş, bu durum dikkate değer bulunmuştur. Yine olgu grupları arasında baba meslekleri ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte, baba mesleği Memur/Beyaz Yaka olan olguların oranının en çok Velayet grubunda olduğu görülmüştür. Karadağ ve Foto Özdemir tarafından 2021 yılında yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızla uyumlu şekilde anne ve babaların eğitim düzeyinin ve iş hayatına katılımının görece yüksek olduğu saptanmıştır.²⁵⁶ Bu bulgular literatürdeki sosyoekonomik düzey yüksekliğinin boşanmayı kolaylaştırdığı bilgisini destekler niteliktedir. Dikkat çeken başka bir bulgu ise olguların annelerinin büyük bir bölümünün çalışmamasıdır. Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, düzenli bir işe sahip olan annelerin çocuklarının daha az istismara maruz kaldığı saptanmıştır.²⁶⁰ Annelerin istihdamının artmasının toplumda çocukların psikososyal iyilik hallerine olumlu katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Olguların birlikte yaşadığı kişiler değerlendirildiğinde; tüm olguların %61'inin (n:267) anne ve babasının yanında yaşadığı, 72 tanesinin (%16,4) ebeveynlerden sadece anne ile, 44 tanesinin (%10) kurum bakımında, 22 tanesinin (%5) ebeveynlerden sadece baba ile, 20 tanesinin (%4,6) akrabalarının yanında, 7 tanesinin (%1,6) cezaevinde, 6 tanesinin de (%1,4) dini nikahlı eşi ile yaşadığı saptanmıştır. Olgu grupları arasında birlikte yaşadığı kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da; kurum bakımında olan çocukların büyük çoğunluğunun (n:26 - %59,1) Cİ grubunda olması, anne veya babasından birinin yanında yaşayan çocukların büyük bölümünün (n:72, %76,6) annesinin yanında, %23,4'ünün (n:22) babasının yanında yaşadığının görülmesi dikkati çekmiştir. Cİ grubundaki olgularda kurum bakımında kalma oranının diğer gruplardaki olgulardan yüksek olmasının sebebinin, iddia edilen istismar olayı nedeniyle tarafımıza başvurudan önce alınan barınma tedbiri kararı olduğunu düşünmekteyiz. Velayet grubundaki olgularda da annesi ile kalan çocukların oranının %69,6 (n:16), babası ile kalan çocukların oranının %30,4 (n:7) olması da dikkate değerdir. Boşanma aşamasında veya sonrasında çocukların büyük oranda anneleri ile kalması Karadağ ve Foto Özdemir'in çalışmasındaki bulguları ile uyumlu bulunmuştur.²⁵⁶ TUİK

verilerini incelediğimizde ise velayetin yıllar içinde değişen oralarda %73-76 arası oranlarda anneye %24-27 arası oranlarda babaya verildiği anlaşılmıştır.¹⁸⁹

Çalışmamıza dahil edilen olguların kardeş sayıları incelendiğinde; kardeş sayılarının 0-10 arasında değiştiği, olguların en çok 3 kardeşinin (n:146 - %33,3), sonra 2 kardeşinin (n:121 - %27,6) olduğu saptanmıştır. Olgu grupları arasında ise kardeş sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Güney Uzunköprü de yaptığı çalışmasında bizim çalışmamızla uyumlu olarak adli nitelikli çocuk olgularda ortalama kardeş sayısının 3 olduğunu saptamıştır.²¹⁵ Her ne kadar olgu grupları arasında kardeş sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da Evlenme İzni grubundaki olguların ortalama kardeş sayısının (3,58±2,06) diğer gruplarınkinden yüksek olması, Velayet grubundaki olguların ortalama kardeş sayısının diğer gruplarınkinden düşük olması (1,04±0,92) dikkati çekmektedir. Literatürde de Şahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde erken evlenme için başvuran olgularda ortalama kardeş sayısı 3,41±1,62 olduğu bildirilmiştir.²⁶¹ Başka bir çalışmada ise bu olgularda kardeş sayısının ne kadar yüksek olduğunu gözler önüne serecek şekilde erken evlenme için başvuran olgularda ortalama kardeş sayısının 8,14±3,04 olduğu saptanmıştır.²⁴⁹ Hane halkı büyüklüğündeki artışın mevcut kaynakların kardeşler arasında paylaşılmasında zorluklara neden olduğu bildirilmiştir.²⁶² Biz de çalışmamızda en yüksek kardeş sayısının Evlenme İzni grubundaki olgularda olması nedeniyle, fazla kardeş sayısının çocuk evliliği için risk faktörü olduğunu düşünmekteyiz. Velayet grubunun ortalama kardeş sayısının en düşük grup olmasının da, bu gruptaki olguların ebeveynlerinin sosyoekonomik düzeyi en yüksek ebeveynler olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ailede üvey kardeş varlığı durumunu değerlendirdiğimizde; tüm olguların %16,2'sinin (n:71) üvey kardeşinin olduğu saptanmıştır. Güney Uzunköprü'nün yaptığı çalışmada ve Sarı'nın yaptığı çalışmada ailede üvey kardeş varlığı oranı bizim çalışmamızla benzer şekilde %17,3 ve %16,4 olarak bulunmuştur.^{215,263} Olgu grupları özelinde Velayet (%47,8 – n:11) ve Fİ (%61,1 – n:11) grubunda üvey kardeş varlığının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Velayet grubunda bu olguların ebeveynlerinin boşanması nedeniyle zaten beklenen bir durumdu. Fiziksel istismar olgularında üvey anne-baba varlığının, parçalanmış ailenin risk faktörü olduğu bilinmektedir.²⁶⁴ Bizim çalışmamızda da Fİ grubunda literatür bilgisi ile uyumlu olarak üvey ebeveyn, dolayısıyla üvey kardeş varlığı oldukça yüksek bulunmuştur.²⁶⁴ Bu tarz ailelerde

yetişen çocuklar için istismara uğramalarını önlemeye yönelik alınacak tedbirlerin kıymetli olduğu görüşündeyiz.

5.3 Örneklem Adli Yönünün Değerlendirilmesi

Çalışmamızdaki olgular adli özelliklerine göre sınıflandırıldığında; 178 olgu (%40,6) suça sürüklenme, 151 olgu (%34,5) cinsel istismar mağduru olma, 32 olgu (%7,3) kati rapor, 18 olgu (%4,1) fiziksel istismar, 24 olgu (%5,5) maluliyet, 23 olgu (%5,3) velayet davası, 12 olgu (%2,7) evlenme ehliyetinin tespiti grubunu oluşturmuştur. Literatürde çocukların konu olduğu adli vaka türlerinin değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Ayaz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada olguların %54,9'unun istismara uğrama (n:100), %28'inin suça sürüklenme (n:51), %14,3'ünün erken evlenme (n:26), %0,5'inin vasi tayini (n:1), %0,5'inin evlatlık alınma (n:1), %1,6'sının velayet davası (n:3) nedeniyle gönderildiği anlaşılmıştır.³² Kılıçaslan bir çalışmada da olguların %46,9'unun çocuk suçluluğu (n:30), %12,5'inin (n:8) istismar, %25'inin (n:16) erken evlenme, %4,69'unun (n:3) vesayet altına alınma için değerlendirilen olgulardan oluştuğunu bildirmiştir.²¹⁹ Bazı diğer çalışmalarda da bizim çalışmamızdaki bulgularımız ile uyumlu şekilde SSÇ olgularının Cİ olgularından daha fazla olduğundan, Cİ olgularının aile ve mağdurun tanıdığı bir kişinin fail olması nedeniyle daha az adli mercilere yansıdığından bahsedilmektedir.^{216,220} Çalışmamızda çocuk adli olgular arasında SSÇ ve Cİ olgularının literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olarak en yüksek sayıyı oluşturduğu, velayet, erken evlenme, fiziksel istismar, yaralanma ve maluliyet olgularının belirgin bir şekilde düşük sayıda olduğu görüldü. Yapılan çalışmalarda SSÇ ve Cİ olgularının oranları çok farklı saptanmaktadır. Bunun nedenin bizim çalışmamızda olduğu gibi, her bir çalışmanın örneklemi kendilerine başvuran olgulardan seçmiş olması olduğunu düşünmekteyiz. Bir başka sebep de çalışmaların yapıldığı bölgelerin sosyokültürel ve ekonomik özelliklerinin farklı olması nedeniyle, olguların adli mercilere yansıma oranlarının değişmesi olabilir.⁴³ Çocuklukların konu olduğu adli olguların değerlendirilmesinde daha geniş örneklemi kapsayan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Olguların daha önceden rapor düzenlenme durumu değerlendirildiğinde; tüm olguların %45,7'sine (n:200) daha önceden aynı konuda rapor düzenlendiği saptanmıştır. Olgu grupları özelinde Fİ grubunun daha önceden rapor düzenlenme oranının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun sebebi olarak Fİ olgularının maruz kaldıkları istismar sonrası ilk başvurdıkları merkezde adli bildirim amacıyla rapor düzenlenmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu olgular soruşturma ve

kovuşturma aşamasında daha detaylı olarak adli tıbbi ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmeleri amacıyla merkezimize yönlendirilmektedir.

Olguların tarafımıza iletilen dosyalarında sosyal inceleme raporunun olup olmadığı değerlendirildiğinde; tüm olguların yalnızca %10,7'sine (n:47) sosyal inceleme raporu düzenlendiği saptanmıştır. Velayet grubundaki olguların dosyasında sosyal inceleme raporu varlığı diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek (n:10 - %43,5) bulunmuştur. Sosyal inceleme raporları sosyal çalışmacılar tarafından çocuğun yaşadığı ortamda ziyaret edilerek, yapılan gözlem ve elde edilen bilgiler neticesinde düzenlenen, çocuğun yaşadığı ortamın şartları ve olanakları hakkında bilgi veren raporlardır. Bu raporlar adli olaylara konu olan çocuklarda, bize sorulan sorulara cevap bulabilmek açısından oldukça yol göstericidir. Bazen bu raporların yol göstericiliğinin zorunlu olduğu olgularda, rapor düzenlenmeden önce sosyal inceleme yapılmasını isteyebilmekteyiz. Bu durum da rapor düzenlenme süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Adli makamlar tarafından tüm çocuk olgular başta olmak üzere özellikle SSÇ, velayet ve erken evlenme olguları için rutin olarak sosyal inceleme yaptırılması gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmamızdaki olgulara 5395 sayılı ÇKK kapsamında koruyucu ve destekleyici tedbir kararı önerme durumumuz değerlendirildiğinde; tüm olguların %69,2'sine (n:303) danışmanlık, eğitim, sağlık, bakım ve barınma tedbirlerinden en az bir tanesinin önerildiği saptanmıştır. SSÇ ve Cİ grubunda tedbir kararı önerilme oranının diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bu olgu gruplarının mağdur olma veya suça sürüklenme öyküsü olan çocuklardan oluştuğu düşünüldüğünde, tedbir ihtiyacı en yüksek olan gruplardan olması beklentimiz ile paralel bulunmuştur. En sık önerilen tedbirlerin ise danışmanlık, sağlık ve eğitim tedbiri olduğu görüldü. Göcek suça sürüklenen çocuklar ile yaptığı bir çalışmada olguların bizim çalışmamız ile benzer şekilde %69'una tedbir kararı önerildiğini belirtmiştir.²⁶⁵ Olguların büyük kısmı için tedbir kararının gerekli olduğunun görülmesi, bu çocukların adli olaylara karışmasından önce de bir şeyler yapılabileceğini düşündürmektedir. Bu tür olguların hiçbir adli olaya konu olmadan tespit edilebilmesi, bunların önlenmesi çalışmalarına da katkı sağlayacaktır.

Olguların başvurusu ile raporlarının düzenlendiği tarih arasında geçen süreleri değerlendirdiğimizde; olguların büyük çoğunluğuna (n:238 - %54,3) 1-3 ay arasında rapor düzenlenebildiği saptanmıştır. Evlenme İzni grubundaki olgulara diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kısa sürede rapor düzenlenebildiği, MÖEÇ ve Velayet

grubundaki olgulara diğer gruplardan daha uzun sürede rapor düzenlenebildiği anlaşılmıştır. MÖEÇ grubunda rapor düzenlenme süresinin uzun olma sebebinin, bu olguların fiziki arazlarına yönelik başka branşlardan konsültasyon istenmesi, bu bölümlerin de tetkik ve muayene süreçlerinin uzun sürmesi olduğunu, ayrıca bu olguların ruhsal değerlendirmesinde de diğer olgulara göre daha çok takip önerilmesi olduğunu görmekteyiz. Velayet grubunda ise rapor düzenlenme süresinin uzun olmasının sebebinin bu olguların anne ve babalarıyla, çocukla birden fazla kez görüşme yapmamız, bazen ayrı ayrı ebeveynler ile çocuğun ilişkilerini gözlemleme amacıyla yapılandırılmış görüşmeler organize etmemiz ve tüm bunların vakit alan değerlendirmeler olması olduğu kanaatindeyiz. Evlenme İzni grubundaki olgularda da rapor düzenleme süresinin diğer gruplara kıyasla kısa olmasının, bu gruptaki olguların çocuk psikiyatrisi kliniğince yapılan değerlendirmelerinde tekrarlayan görüşmelere ihtiyaç duyulmamış olmasından kaynaklandığı kanaatindeyiz.

SSÇ grubundaki olgular isnat edilen suç yönünden değerlendirildiğinde; olguların %45'inin (n:80) hırsızlık suçu, %29'unun (n:51) cinsel suç, %12'sinin yaralama suçu (n:22) nedeniyle, diğer olguların da özel hayatın gizliliğini ihlal, mala zarar verme, tehdit, uyuşturucu ticareti, kamu görevlisine hakaret suçları nedeniyle tarafımıza gönderildiği saptanmıştır. Literatüre baktığımızda SSÇ grubunda en fazla değerlendirilen suçun bizim çalışmamızla benzer şekilde hırsızlık olduğu görülmüştür.^{215,244,266} Çalışmamızda hırsızlık suçu isnat edilen olguların ise en çok tekrarlayan suç öyküsü olan olgular olduğu, hırsızlık suçu nedeniyle gönderilen olguların tekrarlayan suç öyküsünün diğer suçların isnat edildiği olgulardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan diğer bazı çalışmalarda da çalışmamızdaki bulgularımız ile benzer şekilde, çocuk suçluluğunda tekrarlayan suç oranının yüksek olduğu, hırsızlık suçunun hem en sık görülen hem de en sık tekrarlanan suç olduğu bildirilmiştir.^{232,245,267,268} Çocukların hırsızlık suçuna itilmelerinin sebepleri arasında, ailesinin düşük gelir düzeyi, kendini kanıtlama çabası, hayalini kurduğu hayata sahip olan akranlarını kıskanma, kalabalık ailelerde ilgisiz büyümeleri ve ihtiyaçların yeterince karşılanamaması ile ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin onların ruhsal ihtiyaçlarını anlayamayacak ölçüde düşük olması gösterilmektedir.²⁶⁹ Suça sürüklenen çocukların düşük sosyoekonomik düzeyleri kaynaklı yaşadığı zorlukların ve düşük eğitim düzeyinin onları suça ittiğini düşünmekteyiz. Ayrıca okullardaki öğretmenlerin çocuklara karşı tutumlarının, öğrencilere şiddet uygulamalarının da çocuklarda şiddet davranışının normalleşmesine katkı sağladığı görüşündeyiz. Tarafımızca yapılan değerlendirme sürecinde çocukların eski suç öykülerinin sorgulanması esnasında damgalayıcı

bir yaklaşımdan uzak durulması gerektiğini düşünmekteyiz. Olguların varsa başka suç öykülerinin bilinmesi değerlendirmede önemli olmakla birlikte, bu öykünün alınmasında çocuğun mahremiyetine de özen göstermek gerektiğini düşünmekteyiz.

SSÇ grubunda isnat edilen suç ile psikiyatrik hastalık varlığı ilişkisini değerlendirdiğimizde olgulara isnat edilen suç ile psikiyatrik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak mala zarar verme suçu isnat edilen olguların en az psikiyatrik tanısı olan olgular (n:1 - %16,7) olması, hırsızlık (n:39 - %48,8) ve özel hayatın gizliliği (n:6 - %66,6) suçları isnat edilen olguların da en çok psikiyatrik tanısı olan olgular olması dikkati çekmiştir. Bu olgularda da en fazla görülen tanının DEHB olduğu göz önünde bulundurulduğunda, DEHB tanılı çocuklara yönelik tedavi edici çalışmaların çocuk suçluluğunu azaltmada etkili olabilecek durumlardan biri olarak düşünebiliriz.

Yine SSÇ grubundaki olgularda isnat edilen suç ile olguda mental kısıtlılık varlığı ilişkisini değerlendirdiğimizde öncelikle SSÇ grubundaki olguların büyük çoğunluğunda (n:137 - %77) mental kısıtlılık saptandığı görülmüştür. Özel hayatın gizliliği suçu isnat edilen olgularda diğer suçların isnat edildiği olgulara kıyasla mental kısıtlılığın istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük (n:1 - %11,1) saptandığı görülmektedir. Dikkati çeken başka bulgular ise hırsızlık suçu nedeniyle değerlendirilen olguların en yüksek oranda mental kısıtlılığa sahip olan olguları oluşturması (%88,8 - n:71), cinsel suç nedeniyle değerlendirilen olguların %72,5'inde (n:37), yaralama suçu nedeniyle değerlendirilen olguların %81,1'inde (n:18) mental kısıtlılık saptanmasıdır. Daha önce de bahsettiğimiz gibi mental kısıtlılığın çocukların suça sürüklenmesinde çok etkili bir faktör olduğu uzun yıllardır bilinen bir gerçektir.^{56,248}

SSÇ grubundaki olguların rapor sonuçlarını değerlendirdiğimizde; olguların %46'sında (n:83) 'fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneğinin ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmediği', %45'inde (n:80) 'fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneğinin yeterince geliştiği ancak bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmediği', %7'sinde 'fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince geliştiği' kanaatine varıldığı, 3 olgu için takip ve yataklı serviste izleme önerildiği görülmüştür. Ülkemizde yapılan bazı diğer çalışmalara baktığımızda suça sürüklenen çocuklarda verilen kurul kararlarının bizim çalışmamızdaki ile benzer şekilde büyük ölçüde bu çocukların ceza sorumluluğu olmadığına yönelik olduğu anlaşılmıştır.^{215,233,234} Ancak bazı çalışmalarda da olguların büyük kısmının ceza sorumluluğunun tam olduğuna dair raporlar

verildiği de görülmüştür. Örneğin; Keten ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ceza sorumluluğunun tam olma oranını %85, Kurtuluş ve arkadaşları ise %93,2 olarak belirtmişlerdir.^{270,271} Gümüştaş ve arkadaşları Adıyaman ilinde yaptıkları bir araştırmada olguların % 75’inde ceza sorumluluğunun olduğu kanaatine varıldığını saptamıştır.²⁷² Verilen kararlar arasında bu ölçüde büyük farklar olmasının nedeninin; bu çocukların değerlendirilmesinin subjektif olması ve değerlendirme aşamasında güvenilebilir bir çizelgenin olmaması, değerlendirme yapan kişilerin bu konuda adli – tıbbi değerlendirme açısından farklı eğitim almış olmaları kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Suça sürüklenen çocukların daha doğru değerlendirilebilmesi için değerlendirme yapan kişilerin belli aralıklarla sürekli eğitilmesi ve objektif ölçeklerin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Cİ grubundaki olgularda gönderen makamlar tarafından tarafımıza sorulan soruları değerlendirdiğimizde; en fazla sorulan sorunun çocuğun “beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği” olduğu (%31,1 – n:47), ardından çocuğun “olaya bağlı ruhsal etkileniminin olup olmadığı” (%23,8 – n:36) olduğu görülmüştür. Domaç’ın enesest mağdurlarına yönelik çalışmasında gönderen makamlar tarafından en çok sorulan soruların (%46,9, n:84) “beden ve ruh sağlığının bozulup bozulmadığı” olduğu, %7,8’inde (n:14) “kendini savunma yetisinin olup olmadığı”, %6,1’inde (n:11) “beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği”, %10,1’inde (n:18) “fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı”, %11,7’sinde (n:21) “cinsel istismar bulgusu olup olmadığı”, %8,4’ünde (n:15) “vücuda organ veya sair cisim sokulup sokulmadığı” şeklinde sorulduğu bildirilmiştir.²³⁹ Cinsel istismar olgularında tarafımıza iç beden muayenesi yapılması için gönderilen olgu sayısının yalnızca 19 (%12,6) olduğunu görmekteyiz. Olguların tarafımıza daha çok ruhsal değerlendirmesinin yapılması için gönderildiği anlaşılmaktadır. Bunun sebebinin kurumumuzda Çocuk Koruma Merkezi’nde çocuk psikiyatrisi ve adli tıp disiplininin birlikte çalışması, olguları çok yönlü değerlendirmesi olduğunu düşünmekteyiz. Olguların iddia olunan cinsel istismara yönelik bedensel muayenesinin daha çok hastane acil servislerinde, kadın doğum polikliniklerinde, Çocuk İzlem Merkezlerinde ve Adli Tıp Şube Müdürlükleri’nde yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle tarafımıza olgular bu merkezlerde cevap bulunamayan soruların cevaplanması için gönderilmektedir. Cinsel istismarda vücudun harici muayenesi ve genital muayene olayın aydınlatılması, erken dönemde olabilecek delillerin toplanması açısından oldukça kıymetlidir. Ancak merkezimize bu tür vakalar çok az sayıda gönderilmektedir. Bunun sebeplerinden biri de merkezimizin şehir merkezinden uzak olmasıdır. Diğer sebepler ise adliyelerin içinde

Adalet Bakanlığı'na bağlı Adli Tıp Kurumu Şube Müdürlükleri'nin bulunmasıdır. Bir diğer sebep ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı Çocuk İzlem Merkezleri'nin de (ÇİM) bu tür olguların tümünden değerlendirilmesi için şehir merkezlerinde kurulmuş olmasıdır. Kocaeli ÇİM de şehir merkezinde adliye yakınında bulunmaktadır. Tıbbi muayeneleri de içeren adli süreç istismar mağduru çocuğun ikincil örselenmesine neden olabileceğinden, bu alanda çalışan uzmanlar tarafından genital muayenenin mümkün olduğu kadar kısa sürede, uygun ortamda ve tek seferde tamamlanması gerektiği vurgulanmaktadır.³³ Bu tür olguların adli makamlara yansımından sonra tüm değerlendirmeleri için tek seferde bir merkezde değerlendirilmesinin hem mağdur çocuğun ikincil örselenmesini önlemeye, hem de olayın tüm yönleri ile ilgili değerlendirmenin bütüncül bir şekilde yapılmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Cİ olgularında tarafımızca veya daha önceden saptanan fiziksel bulgu varlığını değerlendirdiğimizde; olguların %22'sinde (n:34) fiziksel bulgu bulunduğu, %23'ünde (n:35) istismar olayına bağlı herhangi bir fiziksel bulgu görülmediği, 1 (%0,7) olgunun tarafımızca yapılacak olan muayeneye onam vermediği, olguların büyük çoğunluğunda (%54 – n: 81) fiziksel bulgu varlığının bilinmediği görülmüştür. Olguların büyük çoğunluğunda fiziksel bulgu varlığını bilmememizin sebebi ise, bu olguların büyük oranda tarafımıza fiziki muayene olmaksızın ruhsal değerlendirmeleri için gönderilmiş olmasıdır. Aksu, cinsel istismar olgularını geriye yönelik incelediği çalışmasında olguların %44,7 sinin nitelikli cinsel istismara maruz kaldığını saptamıştır.²¹⁷ Domaç ise yaptığı çalışmada cinsel istismar mağduru olguların %49,5'inde oral, vajinal ve anal penetrasyondan en az bir tanesinin bulunduğunu, olguların %42,6'sına genital muayene yapıldığını %56,5'inin genital muayenesine dair bilgi bulunmadığını, muayenesine dair veri bulunan 46 olgudan 15 (%32,6) olguda iç beden muayenesi sonucu fiziki bulgu saptandığı, 31 (%67,4) olguda ise fiziki bulgu saptanmadığını bildirmiştir.²³⁹ Kırıcı yaptığı çalışmada cinsel istismar mağduru olguların %49,5'ine genital muayene yapıldığını bildirmiştir.²⁷³ Literatürdeki bu bilgiler ve çalışmamızdaki bulgular birlikte değerlendirildiğinde, cinsel istismar olgularında daha önceden yapılan bir genital muayene varsa, adli makamlar tarafından gönderilen evrak ile birlikte mutlaka bu muayene bulgularının da gönderilmesi önem arz etmektedir.

Cİ grubundaki olguların rapor sonuçlarında verilen kararlar değerlendirildiğinde; olguların %26,5'inin (n:40) raporunda “beyanlarına itibar edilmesine engel olacak bir patoloji saptanmadığı”, %19,9'unun (n:30) raporunda “beden ve ruh sağlığı bakımından kendini savunamayacağı”nın belirtildiği görülmektedir. Literatüre baktığımızda Domaç'ın

çalışmasında 51 olguda ruh sağlığının bozulduğu, 19 olguda ruh sağlığının bozulmadığı, 14 olguda ruh sağlığının bozulup bozulmadığına takip sonrası karar verilebileceği, 8 olguda ruh ve beden olarak kendini savunma yeteneğine sahip olduğu, 6 olguda ruh ve beden olarak kendini savunma yeteneğine sahip olmadığı, 11 olguda beyanlarına itibar edilebileceği, 8 olguda fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabileceği, 8 olguda da algılayamayacağı kararının verildiği bildirilmiştir.²³⁹ Rapor sonuçlarının dağılımlarında farklılıklar olsa da, cinsel istismarın mağdur çocuklar üzerindeki etkisinin yıkıcılığı göz önüne alındığında, cinsel istismarın toplumun sağlığını tehdit eden bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir.

Fİ grubundaki olgularda iddia edilen istismar olayına bağlı ortaya çıkan fiziki bulgu varlığını değerlendirdiğimizde; olguların %67 sinde (n:12) istismar olayı nedeniyle meydana gelen ekimoz, sıyrık, kemik kırığı gibi en az bir fiziksel bulgu saptandığı görülmüştür. Bu gruptaki olgular tarafımıza genellikle dış merkezlerdeki ilk başvurularında istismar şüphesi nedeniyle bildirim yapıldıktan sonra ayrıntılı değerlendirme amacıyla gönderilmektedir. Bu olgularda genellikle olayın üzerinden zaman geçtiği için yaptığımız muayenelerde fiziksel bulgu saptayamamaktayız. Bu nedenle bu olgular için daha önceden düzenlenmiş olan tıbbi evraklar önem arz etmektedir. Fiziksel istismar iddiası nedeniyle değerlendirilen olgularda iddia edilen istismar olayına bağlı gelişen ruhsal patoloji varlığı değerlendirildiğinde olguların %50'sinde (n:9) iddia olunan istismar olayı nedeniyle ortaya çıkan TSSB, MDB gibi ruhsal patolojilerin bulunduğu saptanmıştır. Bu ruhsal hastalıkların çocuğun gelişimi için oldukça örseleyici oldukları göz önünde bulundurulduğunda, fiziksel istismar mağduru çocukların ruh sağlıkları için düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyon programlarına alınmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

Kati Rapor grubundaki olgularda başvuru sebeplerini değerlendirdiğimizde; olguların %47'sinin (n:15) başvuru sebebinin darp edilme, %22'sinin (n:7) intihar veya KZVD, %13'ünün (n:4) ADTK, %3'ünün (n:1) araç içi trafik kazası AİTK, %6'sının (n:2) zehirlenme, %6'sının (n:2) düşme, %3'ünün (n:1) elektrik çarpması olduğu saptanmıştır. Bu olgularda ruhsal etkilenim şüphesi olduğundan olguların ruhsal açıdan da değerlendirilmesi kıymetli bulunmuştur. Yapılan değerlendirmede de bu şüphemizi haklı çıkaracak şekilde olguların %59'unda (n:19) yaşadıkları olaya bağlı TSSB, Akut Stres Bozukluğu, MDB ruhsal patolojilerin çıktığı saptanmıştır. Yaralanma türleri ile ruhsal araz ortaya çıkma arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, yaralanmanın türü ile ruhsal araz ortaya çıkması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kati rapor düzenlenmesi için yönlendirilen çocuk olgularda ruhsal değerlendirme genellikle göz ardı edilmektedir. Çalışmamızdaki

bulgularımız bu olgularda ruhsal değerlendirmenin ne denli önemli olduğunu ispatlar niteliktedir. Zira bu ruhsal patolojiler, olgularda travmanın direkt etkisine bağlı ortaya çıkan bir yaralanma olmaması halinde, rapor sonucunda yaralanmanın ağırlığını değiştirebilmektedirler. Bu durum da bilindiği gibi adli sürecin seyrini etkilemekte, olaydaki faillerin daha ağır ceza almasına neden olabilmektedir.

MÖEÇ grubunda başvuru nedeni olayları değerlendirdiğimizde; olguların %54'ünün (n:13) rapor düzenlenme nedeninin ADTK, %34'ünün (n:8) AİTK, %4'ünün (n:1) düşme, %4'ünün (n:1) darp, %4'ünün (n:1) tıbbi bir hastalık olduğu anlaşılmıştır. Bu grupta başvuru sebebinin %88 oranında (n:21) trafik kazası (AİTK+ADTK) olması dikkati çekmektedir. Baskın Embleton ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada trafik kazası öyküsü ile acil servise başvuran çocuk olgularda AİTK'nın %54 ile en büyük grubu oluşturduğu, olguların %47.1'inde yatış gerektiren bulgu olmadığı, %39.9'unda tek bölge travması, %12.9'unda çoklu travma saptandığı, olguların %3.8'inin hayatını kaybettiği, %1.9'unda kalıcı sakatlık saptandığı bildirilmiştir.²⁷⁴ Ersoy ve arkadaşları adli tıp polikliniğinde değerlendirilen çocuk olguların araştırıldığı çalışmasında travma nedeniyle başvuran olgular içinde en fazla başvurunun trafik kazası (%47,3) olduğunu saptamıştır.²⁷⁵ Ülkemizde oldukça sık görülen trafik kazaları, ruhsal etkileri ile de kişilerin yaşam kalitesini, sosyal ve ekonomik durumlarını olumsuz etkilemektedir.²⁷⁶ Travmatik hadiselerin, fiziksel etkilerinin yanında ruhsal etkilerinin de olduğu ve bu etkilerin kişinin yaşam kalitesinde düşme, yeti yitimi, işlevsellik kaybı gibi hasarlar oluşturabildiği bilinmektedir.⁷⁰ Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun en sık karşılaşılan posttravmatik ruhsal tablolar olduğu, trafik kazası nedeniyle başvurup psikiyatri konsültasyonu istenen adli olgularda %83,3 oranında tanı alacak düzeyde ruhsal patoloji geliştiği bildirilmiştir.²⁷⁷ Çalışmamızda ise bu gruptaki olguların olay nedenli ortaya çıkan ruhsal etkilenim varlığı açısından değerlendirilmesinde olguların %58'inde (n:14) meydana gelen olay nedeniyle ortaya TSSB ve MDB gibi ruhsal patolojilerin ortaya çıktığı saptanmıştır. Çalışmamızda bu oranın daha düşük olmasının sebebinin az da olsa ruhsal yakınmalar tarifleyen, eşik altı ruhsal bulguları olan olguları dahi çocuk psikiyatrisi kliniğine ruhsal değerlendirme amaçlı göndermemiz olduğunu düşünmekteyiz. Bu durum bu olgularda rapor düzenleme süresini uzatırken, diğer yandan yargılama sürecinin uzamasına neden olmaktadır. Bu gruptaki olguları çocuk psikiyatrisi kliniğine yönlendirmeden önce ön değerlendirmeyi yapan adli tıp asistanının da uzman olduğu zaman çoğunlukla bu tür olguları yalnız başına değerlendirdiğini de göz önüne alarak, belki de eşik altı düzeyde yakınmaları olan kişileri kendi başına değerlendirebilme yetilerini

geliştirmelerinin hem kendi eğitimleri açısından hem de adaletin erken tecellisi açısından daha faydalı olabileceği kanaatindeyiz. Bu nedenle adli olgularda değerlendirme yapılırken, olguların maruz kaldıkları travma sonrası ruhsal yakınmaların olup olmadığı mutlaka detaylı olarak sorgulanmalıdır. Ayrıca bu olguların olay sonrası dönemde ruhsal şikayetlerle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurusunun olup olmadığı ve travma kaynaklı ruhsal patoloji gelişimine yatkınlığı hakkında fikir verebilecek kişisel özelliklerinin de göz önünde tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Velayet grubundaki olgularda, gönderen makamlar tarafından tarafımıza yöneltilen sorular değerlendirildiğinden fazla sorulan sorunun; (%35 - n:8) ‘velayetin kime verilmesi gerektiği’ olduğu; %26’sında (n:6) ‘baba ile şahsi ilişki tesisi, tesis edilecekse ne şekilde olacağı’; %17’sinde (n:4) ‘beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, tesir altında kalıp kalmadığı’; %17’sinde (n:4) ‘beyanlarına itibar edilip edilemeyeceği, tesir altında kalıp kalmadığı ve velayetin kime verilmesi gerektiği’; %4’ünde (n:1) ‘anne ile şahsi ilişki tesisi, tesis edilecekse ne şekilde olacağı’ şeklinde olduğu görülmektedir. Bu olgular için yapılan değerlendirme, velayetin kime verilmesi gerektiğini belirtmekten çok ebeveynlerin var olan durumunu belirlemek ve ebeveynlik yapmaya elverişlilik durumunu ortaya koymak amaçlanmıştır. Doğru ebeveynle yaşayıp büyümeyen çocuklarda ruhsal sorunlardan başlayıp fiziksel gelişim yetersizliklerine kadar istenmeyen durumların gelişebildiği bildirilmiştir.¹⁹¹ Bizim çalışmamızda da ebeveynleri boşanma sürecine giren çocuklarda bu süreçten kaynaklanan ruhsal etkilenim varlığı değerlendirildiğinde; olguların %35’inde (n:8) boşanma sürecinde yaşananlardan kaynaklanan ruhsal bir patoloji olduğu görülmüştür. Bu süreçlerden geçen ebeveynlerin çocukların ruhsal ve fiziksel sağlığını incelemelerinin, adli makamların da müşterek çocukların ruhsal olarak olumsuz etkilenmemeleri için gerekli tedbirleri almasının faydalı olacağı kanaatindeyiz. Bu olgularda değerlendirmemiz sonucunda verilen kararlara baktığımızda; olgularda velayetin anneye verilmesinin uygun olduğu kararının babaya verilmesinin uygun olduğu kararından üç kat daha fazla verildiği dikkati çekmiştir. Genel olarak annelerin tek başlarına ebeveynlik yapmakta babalara kıyasla daha başarılı olduğunu, çocukların ruhsal ve bedensel sağlıkları için gerekli ihtiyaçlarını daha yeterli düzeyde karşılayabildiklerini söyleyebiliriz.

Erken evlenme izni için başvuran olgularda rapor sonuçlarını değerlendirdiğimizde; tüm olguların (n:12) evlenmek için ruhsal ve fiziksel olarak elverişsiz olduğu kanaati oluştuğunu görmekteyiz. Ülkemiz literatüründe çocuk yaşta evlilik konusunda yapılan çalışmalara baktığımızda sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmekle birlikte, bazı çalışmalarda 18 yaş

altında evlenen çocuklarda ruhsal hastalık prevalansının arttığını bildiren çeşitli çalışmalar mevcuttur.^{213,230,278} Erken evlenme izni için başvuran olgularda ruhsal patoloji veya mental kısıtlılık varlığını değerlendirdiğimizde olguların %92'sinde (n:11) en az bir ruhsal patoloji veya mental kısıtlılık olduğu görülmektedir. Çalışmamıza dahil edilen evlenme izni grubu olgularında herhangi bir ruhsal hastalık veya mental kısıtlılık olmasa da tarafımızca verilen tüm raporlarda evlenmelerine elverişsiz olduklarının bildirildiği göz önüne alındığında; evlilik için sadece ruhsal hastalık ve mental kısıtlılığın olmamasının yeterli olmadığı, evliliğin getirdiği sorumlulukların ne olduğunu bilip bilmedikleri ve bunlarla baş edebilme becerilerinin de değerlendirilerek hiçbir olgunun evlenmesine izin verilmediğini söyleyebilmekteyiz. Yapılan bir çalışmada, 17 yaş ve öncesinde evlendirilen çocukların erişkinlik dönemlerinde en sık majör depresif bozukluk olmak üzere %53,7'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk saptandığı bildirilmiştir.²⁷⁹ Ülkemizdeki ceza yasalarına göre suç olmasında rağmen, resmi nikah olmaksızın dini nikah yoluyla çocuk yaşta evlilik gerçekleştirip, hamile kalıp hastaneye hamilelik nedeni başvuran kişileri sağlık çalışanları TCK'nın 280. maddesi gereğince adli makamlara adli olgu olarak bildirmek durumunda kalmaktadırlar. Erken yaşta evlenip çocuk sahibi olan ergenlerin eşleri bu nedenler TCK'nın 103. maddesi gereği yargılanıp cezaevine girebilmektedirler. Bu durum ise başka sosyal problemlere neden olmaktadır. Bu problemlerinin en önemlilerinden biri de çocuk annenin, eşinin cezaevine girmesinden sonra eşinin ailesi ile yaşaması ve bu aile içinde çeşitli zorluklar yaşamasıdır. Bu bulgular ve literatür bilgileri ışığında çocuk evliliklerinin, önlenmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görüşündeyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ülkemizde üniversite bünyesinde bulunan Çocuk Koruma Merkezleri'nde tüm olgu gruplarının dahil edildiği ilk çalışma olması yönüyle benzer konudaki diğer tez çalışmalarından ayrılmaktadır. Çalışmamızın geriye yönelik olması ve dahil edilen 438 olgunun gruplara ayrıldığında olgu grupları arasında olgu sayıları açısından büyük farklar bulunması çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olarak görülmüştür.

Çalışmamızı en büyük iki olgu grubundan ikincisi olan cinsel istismar mağduru çocukların büyük çoğunluğunun kadın cinsiyetinde olduğu, en büyük olgu grubu olan suça sürüklenen çocukların ise neredeyse tamamına yakınının erkek çocuklardan oluştuğu görülmüştür. Erken evlenme izni için başvuran olguların ise tümü kadın cinsiyettedir. Diğer olgu grupları arasında cinsiyet açısından dikkat çekici bir fark saptanmamıştır. Bu çalışma suça sürüklenmenin, cinsel istismar mağduru olmanın ve çocuk evliliklerinin çocukluk dönemi için önemli bir halk sağlığı problemi olduğunu bir kez daha ortaya çıkarmıştır.

Suçta sürüklenen çocukların çok büyük çoğunluğunun erkek cinsiyette olması, erkek çocukları açısından daha aileler tarafından daha sıkı denetim altında tutulması, eğitim hayatının içinde bulunmalarına özen gösterilmesi gibi önlemler alınması gerektiğini düşündürmüştür. Cinsel istismar mağduru çocukların büyük bir çoğunluğunun kadın cinsiyette olması kız çocuklarının eğitim hayatından koparılmaması, aile içi iletişim kanallarının açık olması gibi önlemlerin alınmasının gerektiğini düşündürmüştür. Öte yandan erkek çocuklarının istismarının kız çocuklarının istismarına oranla daha az bildirilmesi nedeniyle sayının daha az görünmüş olabileceğini düşünmekteyiz. Cinsel istismar mağduru olma açısından erkek çocuklarının da azımsanamayacak ölçüde risk altında olduğu bilinmeli ve bu anlamda da toplum içinde farkındalık geliştirmeye yönelik eğitimler düzenlenmelidir.

Suçta sürüklenme öyküsü olan çocukların büyük çoğunluğunun lise ve öncesi dönemde okul hayatından koptuğu görülmüştür. Eğitim ve öğretim hayatı, çocuklara aile ortamından veya yakın çevresinden edinemediği birtakım tutum, düşünce ve davranışları kazandırmaktadır. Okul hayatının sürekliliği için alınacak tedbirlerin çocuk suçluluğunu azaltacağını düşünmekteyiz. Öte yandan okullardaki öğretmenlerin çocuklara karşı tutumlarının ve öğrencilere şiddet uygulamalarının çocuklarda şiddet davranışının normalleşmesine sebep olabileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle öğretmenlere yönelik şiddet konusunda farkındalıklarını artıracak hizmet içi eğitim programları uygulanabilir.

Çalışmamızda Davranım Bozukluğu (DB) tanılı çocukların yaklaşık üçte ikisinde tekrarlayıcı suç öyküsü olduğu görülmüştür. DB'nin Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısının da öncülü olması göz önünde bulundurulduğunda, çocukluk döneminde bu tanıyı alan kişilerin gelişim dönemlerinde psikososyal olarak daha fazla desteklenmeleri, toplumda suç oranlarının azalmasına olumlu katkı sağlayacaktır. SSÇ grubundaki olgularda sigara – alkol – madde kullanımı öyküsünün önemli derecede yüksek saptanmıştır. Alkol ve madde kullanımının suç davranışının tetiklenmesinde önemli bir etmen olması nedeniyle, çocuklara yönelik alkol-madde kullanımının önlenmesine yönelik girişimler ve alınabilecek yeni tedbirler çocuk suçluluğunu azaltabilecektir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde suça sürüklenen çocukların rapor sonuçlarında büyük farklar olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebinin değerlendirmeyi yapan hekimlerin eğitim ve çalışma koşullarının farklı olması olduğu düşünülmüştür. Bu çocukların değerlendirilmesi aşamasında güvenilebilir bir çizelgenin olmaması, değerlendirme yapan kişilerin bu konuda adli – tıbbi değerlendirme açısından farklı eğitim almış olmaları kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Suça sürüklenen çocukların daha doğru değerlendirilebilmesi için değerlendirme yapan kişilerin belli aralıklarla sürekli eğitim almaları ve objektif ölçeklerin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda sınıf tekrarı olan olgularda, sınıf tekrarı olmayan olgulara göre özel eğitim alma oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Akademik başarısı düşük veya zekâ geriliği olan çocukların özel eğitim almalarının bu çocukların akademik başarısına olumlu katkısı olacaktır. Okullardaki sınıf öğretmenlerine ve rehber öğretmenlere yönelik çocukların özel eğitim ihtiyacı konusunda farkındalığı artırıcı eğitimler verilebilir.

Olguların çalışma hayatına dahil olma durumları karşılaştırıldığında, SSÇ grubu ve Evlenme İzni grubundaki çocuklarda bu oranının dikkat çekici ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Çocuk işçiliğini azaltacak önlemler, çocuk suçluluğunu ve çocuk evliliklerini de azaltacaktır. Sosyoekonomik açıdan çocuk işçiliği riski barındıran aileler için alınacak ekonomik önlemler çocuk suçluluğunu ve çocuk evliliklerini de azaltacaktır.

Velayet grubundaki çocuklarda saptanan ruhsal sorunlar, boşanma sürecinin çocuklar için örseleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Boşanma sürecindeki ebeveynlere ve bu ebeveynlerin müşterek çocuklarına, Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri tarafından ruh sağlıkları için psikososyal destek sağlanmasının faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

SSÇ olgularında ve yaralanma nedeniyle değerlendirilen olguların bulunduğu kati rapor grubunda DEHB tanısı önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. DEHB'nin komponentlerinden olan dürtüsellikğin çocukların suça sürüklenmesinde, dikkat dağınıklığının da çocuklarının yaralanmalarında etkili olduğunu düşünmekteyiz. DEHB olgularının erken dönemde tedavisi çocukların suça sürüklenmesini azaltacaktır. DEHB tanısı alan çocukların ailelerinin olası yaralanmalar açısından bu çocukları eğitmeleri ve tedavilerini düzenli yürütmeleri de bu çocukların yaralanma mağduru olma ihtimalini azaltacaktır.

Cinsel istismarın mağduru olgularda MDB ve TSSB tanısı oldukça yüksek saptanmıştır. Bu olguların ruhsal yakınmaları açısından tedavilerinin oldukça önemli olduğu açıktır. Cinsel istismar mağduru çocukların psikososyal olarak desteklenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Çalışmamızda özellikler SSÇ ve Evlenme İzni grubundaki olgularda mental kısıtlılık oranının yüksek bulunmuştur. Bu durum özellikle çocuk suçluluğu ve çocuk evlilikleri için mental kısıtlılığın bir risk faktörü olduğunu bir kez daha göstermiştir. Mental kısıtlılık şüphesi olan olgular için ileri değerlendirme ve sonrasında alınacak önlemlerin çocuk suçluluğunu ve çocuk evliliklerini azaltmada katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Mental kısıtlılığın eğitim hayatında erken fark edilmesi bu açıdan önemlidir. Bu sebeple okullarda sınıf öğretmenleri ve rehber öğretmenleri için mental kısıtlılığı olabilecek çocukların erken tespitine yönelik farkındalık artırıcı çalışmalar yapılmasını önermekteyiz.

Fiziksel istismar olgularının neredeyse üçte ikisinin ebeveynlerinin ayrılmış oldukları görülmüştür. Evlilik ile ilgili problemlerin de çocuk istismarı için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Boşanma sürecinde olan veya ayrı yaşayan ebeveynlerin çocukları değerlendirilirken fiziksel istismar da akla getirilmelidir.

Çalışmamızda SSÇ ve Cİ olgularının ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Bu ebeveynlere hatta tüm topluma yönelik çocuk suçluluğu ve cinsel istismar konusunda farkındalık artırıcı eğitimler düzenlenmesi çocuk suçluluğu ve cinsel istismarın toplumda azalmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmamıza dahil edilen olguların annelerinin büyük bir bölümünün çalışmadığı görülmüştür. Kadın istihdamının artmasının toplumda çocukların psikososyal iyilik hallerine olumlu katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Fiziksel istismar olgularında üvey kardeş sayısı diğer olgulara kıyasla yüksek bulunmuştur. Üvey anne-baba varlığı, parçalanmış aile yapısının fiziksel istismar için risk faktörü olduğu bir kez daha görülmüştür. Üvey birey bulunan ailelerde çocukların fiziksel istismara uğrayabilecekleri unutulmamalı, bu yapıdaki ailelere farkındalığı artırıcı eğitimler ve danışmanlık verilmelidir.

Sosyal inceleme raporları çalışmamızdaki olguların büyük bir çoğunluğunun dosyasında mevcut değildi. Adli olaylara konu olan çocuklarda bu raporlar, bize sorulan sorulara cevap bulabilmek için, olguların aile ve sosyoekonomik düzeyini göstermek için oldukça yol göstericidir. Bu raporların elzem olduğu durumlarda, tarafımızca sosyal inceleme istenebilmekte, bu durum da rapor düzenleme süremizi uzatabilmektedir. Adli makamlar tarafından tüm çocuk olgular başta olmak üzere özellikle SSÇ, velayet ve erken evlenme olguları için rutin olarak sosyal inceleme yaptırılmasını önermekteyiz.

Cinsel istismar olgularında tıbbi muayeneleri de içeren adli süreç, istismar mağduru çocuğun ikincil örselenmesine neden olabilmektedir. Bu alanda çalışan uzmanlar tarafından genital muayene başta olmak üzere adli tıbbi değerlendirmenin mümkün olduğu kadar kısa sürede, uygun ortamda ve tek seferde tamamlanması gerekmektedir. Bu tür olguların adli makamlara yansımından sonra tüm değerlendirmeleri için tek seferde bir merkezde değerlendirilmesinin hem mağdur çocuğun ikincil örselenmesini önlemeye, hem de olayın tüm yönleri ile ilgili değerlendirmenin bütüncül bir şekilde yapılmasına katkı sağlayacaktır. Çocuk İzlem Merkezleri bu uygulamaların en çok yapıldığı yerler olarak göze çarpmaktadır.

Fiziksel istismar iddiası nedeniyle değerlendirilen olgularda iddia edilen istismar olayına bağlı ruhsal araz gelişme oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Bu amaçla fiziksel istismarı önlemeye yönelik alınabilecek her türlü tedbir, kişilerin ruhsal sağlığının bozulmasını önlemek anlamına da gelecektir. Buna rağmen fiziksel istismara uğrayan çocukların ruh sağlıkları için düzenli takip, tedavi ve rehabilitasyon programlarına alınmalarını önermekteyiz.

Kati rapor düzenlenmesi için yönlendirilen çocuk olgularda da ruhsal değerlendirme genellikle göz ardı edilmektedir. Buna rağmen değerlendirilen olgular içerisindeki bazı çocuklar travma kaynaklı ruhsal patolojiler tespit edilebilmektedir. Tespit edilen bu ruhsal patolojiler, olgularda travmanın direkt etkisine bağlı ortaya çıkan bir fiziksel bulgu olmaması halinde, rapor sonucunda yaralanmanın ağırlığını değiştirebilmektedir. Kati rapor

düzenlenmesi için yönlendirilen olgularda çocuk psikiyatrisi konsültasyonu istenmese dahi, raporu düzenleyecek hekim tarafından mutlaka ruhsal şikâyetler sorgulanmalıdır.

Evlenme izni hususunda rapor düzenlenmesi için değerlendirilen çocukların da yaklaşık üçte ikisinin eğitim hayatından koptuğu görülmüştür. Okul hayatının sürekliliği konusunda atılacak adımlar çocuk evliliğini problemini azaltmaya da katkı sağlayacaktır. Çalışmamızda erken evlenme izni için başvuran olgularda ortalama kardeş sayısı da oldukça yüksek bulunmuştur. Sonuçlar fazla kardeş sayısının çocuk evliliği için risk faktörü olduğunu göstermektedir. Aile planlaması ile ilgili yapılacak çalışmaların çocuk evliliklerini azaltacağını düşünmekteyiz.

Erken yaşta dini nikâh şeklinde evlenip çocuk sahibi olan ergenlerin eşleri TCK 103 kapsamında yargılanmakta ve hatta çocuğun cinsel istismarı suçu iddiası ile cezaevine girebilmektedirler. Bu durum ise erken yaşta dini nikâh şeklinde evlenip çocuk sahibi olan ergen için aile içinde problemlere neden olabilmektedir. Bu problemlerinin en önemlilerinden biri de çocuk annenin, eşinin cezaevine girmesinden sonra birlikte yaşadığı eşinin ailesinin kendisini suçlamasına bağlı zorluklarla da yüz yüze kalabilmeleridir. Dini nikâhla da olsa evliliğin getirdiği sorumlulukların yanına, bu tür sorunların da eklenmesi ergen için oldukça örseleyici olmakta, tüm yaşamı boyunca mücadele etmesi gereken pek çok probleme neden olabilmektedir. Dolayısıyla çocuk evlilikleri her şartta önlenmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Sonuç olarak Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ilk kez yapılan bu çalışma ile merkeze başvuran olgular multidisipliner ve akademik bir çalışma disiplini içerisinde değerlendirilmiştir. Bu merkezde çocukların üstün yararı ilkesi en önde gözetilmekte, olgular akademik ortamda detaylı olarak incelenmekte ve hatta gerekli olgular da tedavi edilmektedir. Bu tür merkezler ülkemizde halen 11 üniversite bünyesinde bulunmaktadır. Ülkemizde 100'den fazla tıp fakültesi bulunduğu göz önüne alındığında, bu tür merkezlerin daha fazla açılması gerektiği aşikârdır.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Çocuk Koruma Merkezleri; başta istismar veya ihmal mağduru ve suça sürüklenmiş çocuklar olmak üzere, adli sisteme dahil olmuş çocuk olguların multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımla tanı, tedavi, raporlama süreçlerinin yürütülmesinin yanı sıra bu süreçte çocukların ikincil örselenmelerini engellemek ve çocuğun üstün yararı ilkesini azami ölçüde gözetmek gibi amaçlarla kurulmuşlardır. Çalışmamızda, 2010 yılında kurulmuş olan Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde değerlendirilen olgular geriye yönelik incelenerek, çocukların adli sisteme dahil olma konusundaki risk faktörlerini araştırmak, adli süreçlerden en az düzeyde etkilenmeleri veya hiç etkilenmemeleri için yapılacak çalışmalara katkı sunmak ve bu alanda çalışan uzmanlara yönelik yeni yaklaşımları da içeren öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızın örneklemini Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda değerlendirilmiş ve hakkında rapor düzenlenmiş çocukları içermektedir. Cinsel ve fiziksel istismar mağduru olma, suça sürüklenme, velayet, kati rapor, maluliyet raporu, erken evlenme izni hususlarında rapor düzenlenmesi istenen, WISC-R zekâ testi uygulanmış 01/01/2016 – 31/12/2022 tarihleri arasında başvuru yapan 438 çocuğa ait raporlar, adli ve tıbbi dosyalar birlikte incelenerek retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olguların olay tarihlerinde yaş ortalaması 12,51 olup cinsiyet dağılımında erkeklerin küçük bir farkla sayıca fazla olduğu tespit edilmiştir. Olgu grupları özelinde olgu sayıları SSÇ grubunda 178, Cİ grubunda 151, Kati Rapor grubunda 32, MÖEÇ grubunda 24, Velayet grubunda 23, Evlenme İzni grubunda 12 olarak bulunmuştur. SSÇ grubunun büyük oranda erkek cinsiyette olduğu, bu grupta en çok isnat edilen suçun hırsızlık olduğu, görülmüştür. SSÇ grubunda zekâ düzeyinin diğer gruplara kıyasla düşük olduğu, bu grupta DEHB ve DB varlığının diğer gruplardan fazla olduğu görülmüştür. Cİ grubunda ise olgular büyük oranda kadın cinsiyette olmakla birlikte, olgular tarafımıza daha çok ruhsal değerlendirmeler için gönderilmiştir. Bu grupta da zekâ düzeyleri SSÇ dışındaki diğer gruplardan düşük bulunmuş, bu olgularda TSSB ve MDB tanılarının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca iddia edilen istismarın mahiyeti ile bu ruhsal tanımlar arasında bir ilişki saptanmamıştır. Fiziksel istismar grubunda da travmaya bağlı ruhsal bulgular oldukça yüksek saptanmış, bu gruptaki olguların üçte ikisinin parçalanmış aile yapısına sahip olduğu görülmüştür. Kati rapor grubundaki olguların yaklaşık üçte birinde DEHB olduğu görülmüştür. Velayet grubundaki olgularda zekâ düzeyi diğer tüm gruplardan yüksek

bulunmuştur. Bu gruptaki olguların büyük çoğunluğunda boşanma süreci kaynaklı ruhsal etkilenim bulunduğu saptanmıştır. Evlenme İzni grubundaki tüm olguların kadın cinsiyette olduğu, bu grupta da zekâ düzeyinin ve eğitim düzeyin düşük olduğu görülmüştür.

Sonuç: Kocaeli Üniversitesi Çocuk Koruma Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne adli makamlarca gönderilen olgular multidisipliner ve akademik bir çalışma disiplini içerisinde değerlendirilmektedir. Bu merkezde çocukların üstün yararı ilkesi en önde gözetilerek akademik ortamda detaylı olarak incelenmekte ve hatta gerekli olgularda tedavi süreci de başlatılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Çocuk İzlem Merkezlerinin sayısını hızla artırırken, Çocuk Koruma Merkezleri ülkemizde halen 11 üniversite bünyesinde bulunmaktadır. Ülkemizde 100'den fazla tıp fakültesi bulunduğu göz önüne alındığında, akademik ortamın yüksek olduğu bu tür merkezlerin daha fazla açılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk koruma merkezi, suça sürüklenen çocuklar, çocuk istismarı, velayet, erken evlenme, maluliyet

8. ABSTRACT

Objective: Child Protection Centres; was established for the purpose of carrying out the diagnosis, treatment and reporting processes of all juvenile cases included in the judicial system, especially the victims of abuse or neglect and delinquent children, with a multidisciplinary and holistic approach. In this process, preventing secondary traumatization of children and maximizing the best interests of the child are among the most important goals of the centers. In our study, the cases evaluated in Kocaeli University Child Protection Research and Application Center, which was established in 2010, will be examined retrospectively. It is aimed to investigate the risk factors for children to be included in the judicial system, to contribute to studies to ensure that they are minimally or not affected by judicial processes, and to develop suggestions including new approaches for experts working in this field.

Material and Method: The sample of our study includes children who were evaluated and reported in Kocaeli University Child Protection Research and Application Center and Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine. It belongs to 438 children who applied between 01/01/2016 and 31/12/2022, who were asked to prepare a report on being a victim of sexual and physical abuse, being driven to crime, custody, final report, disability report and early marriage report, who applied WISC-R intelligence test, forensic and medical files were reviewed together and evaluated retrospectively.

Results: The mean age of the cases at the date of the event was 12.51, and it was determined that males were outnumbered with a small difference in gender distribution. Specific to case groups, the number of cases was found to be 178 in the SSC group, 151 in the SA group, 32 in the Final Report group, 24 in the MÖEC group, 23 in the custody group, and 12 in the Marriage Permit group. It was observed that the SSC group was predominantly male, and the most accused crime in this group was theft. Again, it was observed that the intelligence level was lower in the SDS group compared to the other groups, and the presence of ADHD and CD was higher in this group than in the other groups. In the SA group, although the cases were mostly female, the cases were mostly sent to us for psychiatric evaluations. Intelligence levels were also found to be lower in this group than in groups other than SS, and PTSD and MDD diagnoses were found to be quite high in these cases. In addition, no relationship was found between the type of the alleged abuse and these psychiatric diagnoses. In the physical abuse group, psychological findings due to trauma were found to be quite high, and two-thirds of the cases in this group were found to have a broken

family structure. About one-third of the cases in the definitive report group were found to have ADHD. The intelligence level of the cases in the custody group was higher than in all other groups. It has been determined that the majority of the cases in this group have psychological effects caused by the divorce process. It was observed that all cases in the Marriage Permit group were female, and the level of intelligence and education was low in this group.

Conclusion: Cases sent to Kocaeli University Child Protection Research and Application Center by judicial authorities are evaluated in a multidisciplinary and academic study discipline. In this center, the principle of the best interests of children is examined in detail in the academic environment, and even the treatment process is initiated in necessary cases. While the Ministry of Health is rapidly increasing the number of Child Monitoring Centers, Child Protection Centers are still in 11 universities in our country. Considering that there are more than 100 medical faculties in our country, it is necessary to open more such centers with a high academic environment.

Keywords: Child protection centre, delinquent children, child abuse, custody, early marriage, disability

9. KAYNAKLAR

1. Karadoğan UC. “Çocuk ve çocukluk” kavramının tarihsel süreçte değerlendirilmesi. *Çocuk ve Medeniyet*. 2019;4(7):195-226.
2. Yörükoğlu A. *Çocuk Ruh Sağlığı*. Özgür Yayınları; 1998.
3. Altinköprü T. *Çocuğun Başarısı Nasıl Sağlanır*. Hayat Yayıncılık; 2003.
4. Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 5 Nisan 2023)
5. Aşar E. Keşfedilen çocuk, iletişim teknolojileriyle yitip giden çocukluk ve çocuk kültürü. *İletişim ve Diplomasi*. 2013;2:83-94.
6. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2004;1(17):231-238.
7. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004;2(47):140-151.
8. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK). *Resmi Gazete*. 2005;25876.
9. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK). *Resmi Gazete*. 2004;25161.
10. Dinçel E. Ergenlik Dönemi Gelişimsel Ödevleri ve Psikolojik Problemler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2006.
11. Parlaz EA, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2012;4(3):10-16.
12. Akdemir D, Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2008;15(1):5-13.
13. Özyürek A, Korkut ES, Yavuz EC. Erken çocuklukta bilişsel gelişimin değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *Çocuk ve Gelişim Dergisi* 2021;5(9):78-96.
14. Gill K, Marcin A. Piaget stages of development: what are they and how are they used? 2018. <https://www.healthline.com/health/piaget-stages-of-development> (Erişim Tarihi: 10 Şubat 2023)

15. Lefa B. The Piaget theory of cognitive development: an educational implications. *Education Psycholgy*. 2014;1(1):1-8.
16. Berzonsky M. *Adolescent Development*. Macmillan Publishing Company; 1981.
17. Gürel E, Tat M. Çoklu zekâ kuramı: tekli zekâ anlayışından çoklu zekâ yaklaşımına. *J Int Soc Res*. 2010;3(11):336-356.
18. Kaya U. Zihinsel yetersizlikten etkilenmiş çocukların tanılanmasında tanı ölçütlerinin tarihsel gelişim ve değişimi (1907 yılı tanı ölçütleri ile 2013 yılı DSM-5 tanı ölçütlerinin karşılaştırılması). *Hacettepe Univ Fac Heal Sci J*. 2015;1:175-191.
19. Eseroğlu T, Başgül S, Güner M, Karaçetin G. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde DSM 5'teki yenilikler. *Psikoloji Araştırmaları*. 2014;2:2-4.
20. Köroğlu E. *DSM-IV-Tr Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. HYB Yayınları; 2007.
21. Kara Y. Zihinsel yeti yitimi olan çocuğa yönelik sosyal hizmet uygulaması: bir vaka sunumu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2019;30(1):353-373.
22. Stein DJ, Phillips KA. Patient advocacy and DSM-5. *BMC Med*. 2013;11(1):133-137.
23. Gökaydın B. Zeka tanımları.[http://docs.neu.edu.tr/staff/beria.gokaydin/1. Zeka Tanımları_4.pdf](http://docs.neu.edu.tr/staff/beria.gokaydin/1.Zeka_Tanımları_4.pdf) (Erişim Tarihi: 5 Nisan 2023)
24. Roopesh BN. Binet Kamat test of intelligence: Administration, scoring and interpretation—An in-depth appraisal. *Indian J Ment Heal*. 2020;7(3):180-201.
25. Cummings ST, Bayley HC, Rie HE. Effect of the child's deficiency on the mother: a study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children. *Am J Orthopsychiatry*. 1996;36:595-608.
26. Savaşır I, Şahin N. *Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Uygulama Kitapçığı*. Türk Psikologlar Derneği; 1995.
27. Çocuk Koruma Kanununun Uygulanmasına İlişkin Usûl ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. *Resmi Gazete*. 2006;26386.
<https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=10885&mevzuatTur=Kuru mVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 1 Mart 2023)

28. Ceza Sorumluluğunun Değerlendirilmesi Rehberi. 2010.
https://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/egitimbasvuru_basvuru/cezasorumlulugunun.pdf (Erişim Tarihi: 14 Şubat 2023)
29. Erükçü G, Akbaş E. Türkiye’de çocuk mahkemeleri uygulamalarına eleştirel bir bakış. *İnsan ve Toplum Bilim Araştırmaları Dergisi*. 2012;1(3):135-153.
30. Özdemir H. *Türk Hukukunda Çocukların Yargılanması*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
31. Çocuk Adaletinin İcrasına Dair Birleşmiş Milletler Minimum Standart Kuralları. 29 Kasım 1985. <https://cte.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/198201915572615.pdf> (Erişim Tarihi: 5 Nisan 2023)
32. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klin Psikiyatri*. 2012;15:33-40.
33. Dağlı T, İnanıcı MA. *Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı*; 2010. [https://humanistburo.org/dosyalar/humdosya/Universiteler Icin Hastane Temelli Cocuk Koruma Merkezleri El Kitabı.pdf](https://humanistburo.org/dosyalar/humdosya/Universiteler%20Icin%20Hastane%20Temelli%20Cocuk%20Koruma%20Merkezleri%20El%20Kitabi.pdf) (Erişim Tarihi: 5 Nisan 2023)
34. Yüksel F, Keser N, Odabaş E ve ark. Çocuk istismarı ve çocuk izlem merkezleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 2013;(2):18-22.
35. Çopur E, Ulutaşdemir N, Balsak H. Çocuk ve suç. Uluslararası Katılımlı 3. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongre Kitabı. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*; 2015:120-124.
36. Ergündüz ZŞ. *Çocuk suçluluğunda çocuk istismarı olgularının değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010.
37. Gönültaş MB. Aile düzeni, kadın ve çocukla ilgili Türk Ceza Kanunu maddelerinin şiddet bağlamında incelenmesi. *Adli Psikiyatri Dergisi*. 2008;5(1):31-36.
38. Adler A. *İnsanı Tanıma Sanatı*. Say Kitap; 2004.
39. Öter A. Çocuk suçluluğunun toplumsal nedenlerine sosyolojik bir bakış (Antalya örneği). *21 Yüzyılda Eğitim ve Toplum Eğitim Bilim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2018;7(21):739-769.

40. Burt C. *The Young Delinquent*. Appleton; 1925.
41. Elibol S. *11–15 yaş grubundaki mala karşı suç işlemiş çocukların sosyodemografik özellikleri*. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1998.
42. Polat O. *Adli Tıp*. Der Yayınları; 2000.
43. Aksu H, Demirkaya S, Ozgur B, Gun B. Evaluation of child and adolescent forensic cases within one year in Aydın city, in Turkey. *Anatol J Psychiatry*. 2013;14(4):369-377.
44. Yavuzer H. *Çocuk ve Suç*. Remzi Kitabevi; 1993.
45. Erdener E. *Çocuklarda ‘suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme’ ile algılamalarına etki eden sosyalkültürel faktörlerin ceza sorumluluğu bakımından incelenmesi*. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011.
46. Soysal H, Can İÖ. Adli psikiyatride temel kavramlar, hukuk öğrencileri ve uygulayıcıları için adli tıp. *Seçkin Yayınevi*; 2017:247-272.
47. Afşin R, Öğretir Özçelik AD. Suça sürüklenen çocuklar ile suça sürüklenmeyen çocukların algıladıkları anne ve baba tutumları ile ebeveyn bağlanma stillerinin karşılaştırılarak incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;17(66):384-400.
48. Puzzanchera C, Adams B, Sickmund M. Juvenile court statistics. 2008. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/juvenile-court-statistics-2008> (Erişim Tarihi: 5 Nisan 2023)
49. Richards K. Trends in juvenile detention in Australia. *Trends Issues Crime Crim Justice*. 2011;(416). <https://www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi416> (Erişim Tarihi: 5 Nisan 2023)
50. Yamak O. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı’na başvuran suça sürüklenen çocukların değerlendirilmesi*. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019.
51. Gökpınar M. Sosyal ve kriminal boyutlarıyla çocuk suçluluğu. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* 2007;20(72):206-233.
52. Ereş F. Toplumsal bir sorun: suçlu çocuklar ve ailenin önemi. *Aile ve Toplum*.

- 2009;5(17):88-96.
53. Eyüboğlu M, Eyüboğlu D. Psychiatric disorders, sociodemographic features and risk factors in children driving to committing crime (Turkish). *J Clin Psychiatry*. 2018;21(1):7-14.
 54. Turan İ. *Suçta sürüklenen çocuklar: Kocaeli örneği*. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
 55. Banham Bridges KM. Factors contributing to juvenile delinquency. *J Crim Law Criminol*. 1927;17(4):531-580.
 56. Moffitt TE, Gabrielli WF, Mednick SA, Schulsinger F. Socioeconomic status, IQ, and delinquency. *J Abnorm Psychol*. 1981;90(2):152-156.
 57. Koolhof R, Loeber R, Wei EH, Pardini D, D'escury AC. Inhibition deficits of serious delinquent boys of low intelligence. *Crim Behav Ment Heal*. 2007;17(5):274-292.
 58. Öztürk N. *Suçta sürüklenen çocukların risk alma davranışlarının ve problem çözme becerilerinin incelenmesi*. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
 59. Kumar A. Family environment and juvenile delinquency. *VEETHIKA-An Int Interdiscip J*. 2015;1(2):110-116.
 60. DeMatteo D, Marczyk G. Juvenile delinquency: Prevention, assessment, and intervention. *Among Juveniles.*; 2005.
 61. Güngör M. Evrensel bir sorun olarak çocuk suçluluğu ve sokakta çalışan ve yaşayan çocuklar. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2008;1(1):25-43.
 62. Göker M, Çilingir T. Çocuk suçluluğuna koruyucu-önleyici bir bakış: okul sosyal hizmeti uygulamalarında çocuk katılımının önemi. *Uluslararası Çocuklar İçin Adalet Sempozyumu Koruma Önleme Oturumları.*; 2012.
 63. Kazak Ekinci N. *Suçta sürüklenmiş çocukların annelerinin çocuklarına ilişkin algısı: Siirt örneği*. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
 64. UNICEF - Çocuk İşçiliği. <https://www.unicef.org/turkiye/çocuk-işçiliği> (Erişim Tarihi: 25 Nisan 2023)

65. Kunt V. *Suç ve Çocuk*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003.
66. Tunceroğlu Z. *Suçta sürüklenen çocuklarda mükerrerliğin irdelenmesi*. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015.
67. Üresinler R. *Sosyo-kültürel yapı ve suç (Kırıkkale örneği)*. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
68. Çoşar Y. Kentleşen Türkiye’de çocuk suçluluğu. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. 2005;18(56):281-327.
69. Acar Yurtman G. *Suriyeli mülteci göçü bağlamında risk grupları: çalışan çocuklar*. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
70. Biçer Ü, Tırtıl L, Kurtuş Ö, Aker T. Adli Psikiyatri. *Birinci Basamakta Adli Tıp*. 2011:31.
71. Karbeyaz K, Çelikel A, Akkaya H, Balcı Y. Suça sürüklenen çocuklarda maliyet analizi örneği: olgu sunumu. *Osmangazi J Med*. 2018;40(3):107-110.
72. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Derg*. 2013;22(4):591-614.
73. Aktay M. İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *J Dev Psychol*. 2020;1(2):169-184.
74. Kök AN. Çocuğun cinsel istismarında adli tıp uygulamaları. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2006;3(4):3-13.
75. Bull L. Children’s non-accidental injuries at an accident and emergency department: does the age of the child and the type of injury matter? *Accid Emerg Nurs*. 2006;14(3):155-159.
76. Özdemir Ç. Çocuk istismarı. *Travma El Kitabı*. Nobel Kitabevi; 2011:927-943.
77. *Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları*. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu; 1995.
78. Polat O. *Çocuk ve Şiddet*. Der Yayınları; 2001.
79. Şahin F. Fiziksel İstismar. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Çocuk ve Gençlik

Ruh Sağlığı Derneği; 2008:462-469.

80. Turla A, DüNDAR C, Özkanlı Ç. Prevalence of Childhood physical abuse in a representative sample of college students in Samsun, Turkey. *J Interpers Violence*. 2010;25(7):1298-1308.
81. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB. Dört – oniki yaş arasında 16.100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi*. 1986;1:7-143.
82. Browne K, Cartana C, Momeu L, Paunescu G, Petre N, Tokay R. Child abuse and neglect in romanian families: a national prevalence study 2000. *WHO Reg Off Eur Copenhagen*. 2002.
83. Millichamp J, Martin J, Langley J. On the receiving end: young adults describe their parents' use of physical punishment and other disciplinary measures during childhood. *N Z Med J*. 2006;119(1228):U1818.
84. Nakamura Y. Child abuse and neglect in Japan. *Pediatr Int*. 2002;44(5):580-581.
85. *12 Years of Reporting Child Maltreatment*. U.S. Department of Health & Human Services Administration for Children and Families C; 2001.
<https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cm01.pdf> (Erişim Tarihi: 6 Nisan 2023)
86. Dokgöz H, Polat O. Çocuk istismarı ve ihmali. *Adli Tıp & Adli Bilimler*. Akademisyen Yayınevi; 2019:379-416.
87. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*. 2007;369(9576):1891-1899.
88. Harris D, Koenig HG. Physical abuse and neglect. *Maltreatment of Patients in Nursing Homes*. Williams & Wilkins; 2020:89-102.
89. Jones DPH. Child maltreatment. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Publishing; 2008:421-439.
90. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.

91. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse Negl.* 2008;32(7):671-681.
92. Hindley N. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2006;91(9):744-752.
93. Lee SJ, Bellamy JL, Guterman NB. Fathers, Physical Child Abuse, and Neglect. *Child Maltreat.* 2009;14(3):227-231.
94. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2004;35:82-86.
95. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi. 20 Kasım 1989. https://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/birlesmismilletler.pdf (Erişim Tarihi: 6 Nisan 2023)
96. Bakıcı S. *Ceza Hukuku Özel Hükümleri*. Adalet Yayınevi; 2010.
97. Aksoy E, Çetin G, İnancı M, Polat O, Sözen Ş, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmali. *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı*. Türk Tabipleri Birliği; 1999:135-146.
98. Çocuk İstismarı ve İhmali. *Adli Tıp Uzmanları Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Gereksinimlerini Belirleme Projesi*. UNICEF - Adli Tıp Kurumu Başkanlığı; 2002.
99. Polat O. Fiziksel İstismar. *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı*. Seçkin Yayıncılık; 2007:59-91.
100. Şahin F. Örselenen çocuğa klinik yaklaşım ve olguların izlemi. *Türkiye Klinik Pediatrik Bilimler Dergisi.* 2006;2(2):84-90.
101. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(13):231-239.
102. Ekizoğlu O, Arıcan N. Yaralar. *Birinci Basamakta Adli Tıp*. İstanbul Tabip Odası Yayınları; 2010:57-73.
103. Aksoy E, Çoltu A, Ege B ve ark. Adli Travmatoloji. *Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı*. Türk Tabipleri Birliği; 1999:83-118.

104. Çolak B. Yeni Türk Ceza Kanunu kapsamında yaraların değerlendirilmesi. *Türkiye Klinik Cerrahi Tıp Bilimleri Acil Tıp Dergisi*. 2006;2:1-9.
105. Knight B, Saukko P. Fatal child abuse. *Forensic Pathology*. Arnold; 2004:461-478.
106. Fair CC, Zellmann G. Preventing and reporting abuse. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Sage; 2002.
107. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *Child Abuse Negl*. 1985;9(2):143-154.
108. Ludwig S. The anatomy of child and adolescent sexual abuse: A CD-ROM atlas/reference. *Pediatr Emerg Care*. 2000;16(2):136.
109. Vissing YM, Straus MA, Gelles RJ, Harrop JW. Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse Negl*. 1991;15(3):223-238.
110. Orhon F. Çocuk örselenmesi ve ihmali. *Türkiye Klinik Pediatrik Bilimler Dergisi*. 2006;2(2):79-83.
111. Vatandaş N. Fiziksel İstismar. *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara Üniversitesi Basımevi; 2006:13-18.
112. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu. *Birinci Basamakta Adli Tıp*. İstanbul Tabip Odası Yayınları; 2010:181-191.
113. Peltonen K, Ellonen N, Larsen HB, Helweg-Larsen K. Parental violence and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(11):813-822.
114. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Sar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2:69-78.
115. Jenny C. *Child Abuse and Neglect*. American Psychiatric Publish; 2011.
116. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR ve ark. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*. 2004;114(1):43-50.
117. Taylor CA, Manganello JA, Lee SJ, Rice JC. Mothers spanking of 3-year-old children and subsequent risk of children's aggressive behavior. *Pediatrics*. 2010;125(5):1057-1065.

118. Baren JM, Mace SE, Hendry PL. Children's mental health emergencies-part 3. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24(8):569-577.
119. Walker CE, Bonner BL, Kaufman KL. *The Physically and Sexually Abused Child, Evaluation and Treatment*. Pergamon Press; 1988.
120. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J ve ark. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-180.
121. Smith CA, Ireland TO, Thornberry TP. Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse Negl*. 2005;29(10):1099-1119.
122. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the united states: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006;118(3):933-942.
123. Pelcovitz D, Kaplan SJ, DeRosa RR, Mandel FS, Salzinger S. Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. *Am J Orthopsychiatry*. 2000;70(3):360-369.
124. Bagley C, Wood M, Young L. Victim to abuser: mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community sample of young adult males. *Child Abuse Negl*. 1994;18(8):683-697.
125. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis I., Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl*. 1990;14(1):19-28.
126. Butchart A, Harvey AP. *World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. WHO Press; 2006.
127. Lamb S, Coakley M. "Normal" childhood sexual play and games: Differentiating play from abuse. *Child Abuse Negl*. 1993;17(4):515-526.
128. İşeri E. Cinsel İstismar. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği; 2008:470-477.
129. Semerci B. *Çocuklarımızla Cinsellik Hakkında Nasıl Konuşalım? Bebeklikten Gençliğe Cinsellik*. Alfa Yayıncılık; 2018.

130. Kellogg ND. Clinical report—the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*. 2009;124(3):992-998.
131. Yates A. Sexual abuse of children. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. American Psychiatric Press; 1997:699-709.
132. Green A. Child sexual abuse and incest. *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins; 1996:1041-1048.
133. Wu ZH, Berenson A., Wiemann C. A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: familial environment, risk behaviors, and health status. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(4):207-216.
134. Feerick MM, Snow KL. The relationships between childhood sexual abuse, social anxiety, and symptoms of posttraumatic stress disorder in women. *J Fam Violence*. 2005;20(6):409-419.
135. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1994;18(5):409-417.
136. Keskinkılıç H. *Erciyes Üniversitesi Hastanelerine Başvuran Çocuk Cinsel Istismarı Olgularının Değerlendirmesi*. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014.
137. Smith M, Bentovim A. Sexual Abuse. *Child and Adolescent Psychiatry - Modern Approaches*. Blackwell Science; 1994:230-251.
138. Gölge ZB. Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2005;42:19-28.
139. Thornberry TP, Matsuda M, Greenman SJ ve ark. Adolescent risk factors for child maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2014;38(4):706-722.
140. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl*. 1997;21(8):789-803.
141. Canat S. Ergenlerde aile içi cinsel taciz. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*. 1994;1:18-22.
142. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. *Curr Opin Obstet*

Gynecol. 2000;12(5):349-355.

143. Sachs C, Wheeler M. Examination of the Sexual Assault Victim. *Clinical Procedures in Emergency Medicine*. Saunders; 2010:1069-1083.
144. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6-7):645-659.
145. Binder R, McNiel D, Goldstone R. Is adaptive coping possible for adult survivors of childhood sexual abuse? *Psychiatr Serv.* 1996;47(2):186-188.
146. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993;113:164-180.
147. Rind B, Tromovitch P. A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse. *J Sex Res.* 1997;34(3):237-255.
148. Özen NE, Şener Ş. Çocuk ve ergende cinsel istismar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.* 1997;2:473-491.
149. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(10):953.
150. Ruggiero KJ, McLeer S V, Dixon JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl.* 2000;24(7):951-964.
151. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl.* 1996;20(8):709-723.
152. Wolfe DA. A developmental perspective of the abused child. *Child Abuse: Implications for Child Development and Psychopathology*. Sage Publications; 1999:35-57.
153. Akbaş S, Turla A, Karabekiroğlu K, Şenses A, Karakurt M, Taşdemir G. Cinsel istismara uğramış çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi.* 2009;8:24-32.
154. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Dev Psychol.* 1993;29(1):53-62.

155. Kelly RJ, Wood JJ, Gonzalez LS, MacDonald V, Waterman J. Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse Negl.* 2002;26(4):425-441.
156. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, Mandel F, Lehane J, Guarrera J. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(3):305-312.
157. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6-7):697-714.
158. Kars Ö. *Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları*. Bizim Büro Basımevi; 1996.
159. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse Negl.* 2009;33(1):27-35.
160. Dursunkaya D. Duygusal örseleme ve ihmal. *Çocuk ve Ergen Psikiyatri Temel Kitabı*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008:478-488.
161. Claussen AH, Crittenden PM. Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1991;15(1-2):5-18.
162. Tıraş Ü, Dilli D, Dallar Y, Oral R. Evaluation and follow-up of cases diagnosed as child abuse and neglect at a tertiary hospital in Turkey. *Turkish J Med Sci.* 2009;39:969-977.
163. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2009;4:51-65.
164. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları Karaoğlu A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2011;12:130-136.
165. Wilson SL, Kuebli JE, Hughes HM. Patterns of maternal behavior among neglectful families: Implications for research and intervention. *Child Abuse Negl.* 2005;29(9):985-1001.
166. Polansky NA, Gaudin JM, Ammons PW, Davis KB. The psychological ecology of the

- neglectful mother. *Child Abuse Negl.* 1985;9(2):265-275.
167. Wolock I, Magura S. Parental substance abuse as a predictor of child maltreatment re-reports. *Child Abuse Negl.* 1996;20(12):1183-1193.
168. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and Adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. part 1: physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(10):1214-1222.
169. Garbarino J. The human ecology of child maltreatment: a conceptual model for research. *J Marriage Fam.* 1977;39(4):721.
170. Evinç G. *Associated factors of child maltreatment and it's consequences among children diagnosed with and without ADHD: A comparative study.* Ortadoğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Doktora Tezi, 2011.
171. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, ve ark. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 1994;151(8):1132-1136.
172. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP, Krasnoff L, Askenasy AR. Exemplification of a method for scaling life events: the Peri Life Events Scale. *J Heal Soc Behav.* 1978;19(2):205-209.
173. Jackson AM, Kissoon N, Greene C. Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2015;45(3):58-70.
174. McGee RA, Wolfe DA, Wilson SK. Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: adolescents perspectives. *Dev Psychopathol.* 1997;9(1):131-149.
175. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl.* 1996;20(1):7-21.
176. Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. *World Report on Violence and Health.* World Health Organization; 2002:59-86.
177. Harrington D, Zuravin S, DePanfilis D, Ting L, Dubowitz H. The neglect scale:

- confirmatory factor analyses in a low-income sample. *Child Maltreat*. 2002;7(4):359-368.
178. Saka NE. *Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na karara bağlanmış çocuk ölümlerinin 'çocuk istismarı ve ihmali' açısından incelenmesi*. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2004.
179. Tenney-Soeiro R, Wilson C. An update on child abuse and neglect. *Curr Opin Pediatr*. 2004;16(2):233-237.
180. Flaherty EG, Stirling J. The Pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics*. 2010;126(4):833-841.
181. Dubowitz H. Tackling child neglect: a role for pediatricians. *Pediatr Clin North Am*. 2009;56(2):363-378.
182. Kepenekçi Y. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi – Adli Pediatri ve Çocuk İstismarı*. 2001;22(3):262-276.
183. Çamurdan Duyan A. *Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara Üniversitesi Basım Evi; 2006.
184. Öztan B. *Aile Hukuku*. Turhan Kitabevi; 2015.
185. Akıntürk T, Ateş Karaman D. *Aile Hukuku*. Beta Yayınları; 2013.
186. Dural M, Oğuz T, Gümüş MA. *Türk Özel Hukuku Cilt III (Aile Hukuku)*. Filiz Kitabevi; 2014.
187. 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu (TMK). *Resmi Gazete*. 2001;24607.
188. Keskin D. Ergin kısıtlı üzerindeki velayet hakkı (uzatılmış velayet). *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 2014;9(2):27-60.
189. Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2022. *TUİK Haber Bülteni*.
190. American Psychological Association. Guidelines for child custody evaluations in family law proceedings. *Am Psychol*. 2010;65(9):863-867.
191. Kalkavan İ, Büken E. Boşanma davalarında çocuğun velayet hakkı için uygun ebeveynin belirlenmesi. *Bull Leg Med*. 2017;22(1):54-63.

192. *Disability Prevention and Rehabilitation: Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation*; 1981.
193. Birgen N, Okudan M, Okyay M, İnanıcı MA. İş kazasına bağlı olgularda maluliyet oranı hesaplanması adli tıp açısından değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*. 1999;4(3):101-108.
194. Çakmak NM. *Türk kamu hukuku açısından engellilerin hukuki statüsü*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006.
195. Başbakkal Z, Bilsin E. Dünyada ve Türkiye’de engelli çocuklar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;30(2):65-78.
196. Minaire P. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Bull World Health Organ*. 1992;70(3):373-379.
197. Akay MA, Gürbüz N, Yayla D ve ark. Acil Servise başvuran pediatrik travma olgularının değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2013;2(3):1-5.
198. Lokmanoğlu SY. Maluliyet tespiti hakkındaki yönetmeliklerin zaman bakımından uygulanmasında yargı kararları. *Yargıtay Dergisi*. 2020;46(1):169-198.
199. *Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması*. Türkiye İstatistik Kurumu; 2010.
200. Erken Yaşta Evlilikler Hakkında İnceleme Yapılmasına Dair Rapor; 2009.
http://www.ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/750_1.pdf (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
201. Nour N. Health consequences of child marriage in Africa. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(11):1644-1649.
202. Elitok Ö, Çabuk G. *Bilgilen Güçlen Proje Raporu: erken evlilik sorunu.*; 2014.
<http://ailedanismanlari.org/wp-content/uploads/2014/05/bilgilen-g%C3%BClen-rapor1.pdf> (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
203. Child marriage, current status and progress - UNICEF; 2022.
<https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/> (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
204. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) - İstatistiklerle Çocuk; 2014.

- https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/istatistik/istatistiklerle_cocuk_2014.pdf (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
205. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) - İstatistiklerle Çocuk; 2017. www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27596 (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
206. Osotimehin B. Çocuk yaşta evlilik - UNFPA; 2012. https://turkiye.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_cyeze_sagliksonuclariraporu_turkce.pdf (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
207. Soylu N, Ayaz M, Yüksel T. Early-married and sexually abused girls differ in their psychiatric outcomes. *Child Abuse Negl.* 2014;38(9):1552-1559.
208. Altıntaş K, Çelik H, Ekelik M ve ark. *Evlilik mi? şimdi oyun ve okul zamanı.*; 2014. <http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/464/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmpzsnm16/16.P2.pdf> (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
209. Özcebe H, Küçük Biçer B. Önemli bir kız çocuk ve kadın sorunu: çocuk evlilikler. *Türk Pediatri Arşivi.* 2013;48(02):86-93.
210. Forrest JD. Timing of reproductive life stages. *Obstet Gynecol.* 1993;82(1):105-111.
211. Shaw M, Lawlor DA, Najman JM. Teenage children of teenage mothers: Psychological, behavioural and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2006;62(10):2526-2539.
212. Semerci B. Anne Olma Yaşı Önemlidir. <https://bengisemerci.com/anne-olma-yasi-onemlidir/> (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
213. Soylu N, Ayaz M. Sociodemographic characteristics and psychiatric evaluation of girls who were married at younger age and referred for criminal evaluation. *Anatol J Psychiatry.* 2013;14(2):136.
214. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi; 2019:34. <https://www.atk.gov.tr/tckyaralama24-06-19.pdf> (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
215. Güney Uzunköprü SS. *Bir Üniversite Hastanesine Yönlendirilen Adli Olguların Psikososyal, Psikiyatrik Ve Adli Özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi.*

Egen Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016.

216. Göker Z, Selma HT, Sarp KS, Kandil TS. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine son iki yılda başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Derg.* 2006;20(3).
217. Aksu T. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne başvuran cinsel saldırı şüphesi olan mağdur çocuk olguların adli tıp açısından değerlendirilmesi.* İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2022.
218. Şeker H. *Çocukluk ve yetişkinlik çağı cinsel saldırılarının adli tıbbi değerlendirilmesi.* Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019.
219. Kılıçaslan F. Retrospective review of forensic cases referred to the child and adolescent psychiatric outpatient clinic. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2022;19(1):44-51.
220. Gökçen C, Dursun OB. Bir eğitim hastanesi çocuk psikiyatri birimine gönderilen adli olguların incelenmesi / Evaluation of forensic cases referred to the child psychiatry clinic of a research hospital. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 2012;25(3):238-243.
221. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl.* 2009;33(6):331-342.
222. Avcı M. Tutuklu çocuklar üzerine bir araştırma: çocukların suça yönelmesinde etkili olan toplumsal nedenler ve çözüm önerileri. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2008;11(1):49-73.
223. Kaynak Malatyali M. 'Child bride' problem in Turkey. *Nesne Psikoloji Dergisi.* 2014;2(3)
224. Bağış RC. Çocukları suça sürükleyen çevresel nedenler: sosyal bağ ve sosyal öğrenme teorileri ışığında bir değerlendirme. *Humanit - Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi.* 2019;7(14):203-221.
225. İmamoğlu A. *Psikolojik ve ahlaki açıdan çocuk suçluluğu.* Dem Yayınları; 2015.

226. Gültekin Akduman G. 7-14 Yaş grubu çocuklarda akran istismarı ve kendi çözüm önerileri. *Kurumsal Eğitim*. 2010;3(2):13-26.
227. Kars Ö. *Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenleri ve okul başarısına etkileri*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1994.
228. Özgentürk İ. Çocuk istismarı ve ihmal. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2014;11(2):265-278.
229. UNICEF - Ending Child Marriage: Progress and prospects; 2014.
https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf (Erişim Tarihi: 7 Nisan 2023)
230. Eyüboğlu D, Eyüboğlu M. Psychiatric disorders and socio-demographic characteristics in children intended to get married at a young age. *J Clin Psychiatry*. 2018;21(2):122-129.
231. Beser N, Arabaci L, Uzunoglu G. The profiles of children pushed to crime who are treated in a regional psychiatric hospital in Turkey. *Anatol J Psychiatry*. 2016;17(4):317.
232. Güler G, Sungur MA, Kütük MÖ. Suça Sürüklenen Çocukların Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin değerlendirilmesi. *Bull Leg Med*. 2018;23(1):39-46.
233. Yağcı FE. *Suça sürüklenen çocukların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin sürüklendikleri suç türlerine göre değerlendirilmesi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi 2022.
234. Yiğit P. *Aydın ilinde suça sürüklenen çocukların değerlendirilmesi*. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020.
235. Wallerstein JS, Lewis JM. The unexpected legacy of divorce: report of a 25-year study. *Psychoanal Psychol*. 2004;21(3):353-370.
236. Emery RE, Otto RK, O'Donohue WT. A critical assessment of child custody evaluations. *Psychol Sci Public Interes*. 2005;6(1):1-29.
237. Çalışkan Demir A. Investigation of the clinical features and forensic reports of children referred to a university hospital child psychiatric clinic for forensic psychiatric

- evaluation: a two-year retrospective evaluation. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2022;10(3):893-902.
238. Dönmez YE, Soylu N, Özcan ÖÖ ve ark. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *J Turgut Ozal Med Cent*. 2014;21(1):44-48.
239. Domaç E. *Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine gönderilen aile içi cinsel istismar (ensest) olgularının mağdur ve saldırgan açısından değerlendirilmesi*. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019.
240. Akbaş S, Aydın B, Turla A, Dünder C. Ensest kurbanı kız çocuklarındaki depresyon ve TSSB ile algılanan sosyal destek ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17(4):2-10.
241. Karakartal D. Uyuşturucu madde kullanımı ve suç ilişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi* 2020;6(14):614-617.
242. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*. 1997;278(5335):45-47.
243. Erol Karaca Z, Gökçearslan Çıfci E. Madde kullanımı ve bağımlılığının suç ile ilişkisinin sosyo-ekonomik maliyet bağlamında değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021;19(19):42-57.
244. Sarı SA, Çiçek AU, Bütün C, Yıldırım A. Sivas ilinde suça sürüklenen çocuk olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bull Leg Med*. 2019;24(3):177-182.
245. Altun H, Şahin N, Fındıklı E, Sınır H. Types of crimes, sociodemographic and clinical characteristics of delinquent children. *Turkish J Forensic Med*. 2016;30(3):196-204.
246. Yavuz B, Avcı M. Mükerrer suçluluk, davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu'nun ortak değişkenleri üzerine bir derleme. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 2020;15(24):2912-2936.
247. Aktaş E. *Çocuklardaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü'nün, anne babaların duygusal istismar farkındalığı, istismar potansiyeli ve çocukların kabul/red algısı ile ilişkisi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2011.

248. Farrington DP, Loeber R. Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000;9(4):733-748.
249. Poyraz Fındık OT, Gökalep Özcan B, Rodopman Arman A, Gümüştas F. Evaluation of the socio-demographic and psychiatric features of the adolescents who were referred to a child psychiatry clinic for the forensic evaluation for early marriage. *Turkish J Child Adolesc Ment Heal*. 2019;26(3):125-130.
250. Keskin I. *Boşanmanın sosyolojik ve psikolojik nedenleri ve boşanmanın ortaya çıkardığı sonuçlar (Niğde ili örneği)*. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007.
251. Uğur SB. Günümüzde kadının boşanma deneyimleri: akademisyen kadınlar üzerine bir araştırma. *Mediterr J Humanit*. 2014;4(2):293-293.
252. Walker CA, Davies J. A Cross-cultural validation of the brief child abuse potential inventory (BCAP). *J Fam Violence*. 2012;27(7):697-705.
253. Hancı İH. *Adli Tıp ve Adli Bilimler*. Seçkin Yayıncılık; 2002.
254. Yavuzer H. *Ana-Baba ve Çocuk*. Remzi Kitabevi; 2001.
255. Palermo T, Pereira A, Neijhoft N ve ark. Risk factors for childhood violence and polyvictimization: A cross-country analysis from three regions. *Child Abuse Negl*. 2019;88:348-361.
256. Karadağ F, Foto Özdemir D. Evaluation of cases sent from family courts to university hospital during contentious divorce / custody process. *J Clin Psychiatry*. 2021;24:99-108.
257. Berger LM. Income, family characteristics, and physical violence toward children. *Child Abuse Negl*. 2005;29(2):107-133.
258. Putnam Frank W. Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(3):269-278.
259. Kayma D, Gökler R. Suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri ile suç ilişkisinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(1):1-10.

260. Şimşek Ş, Uysal C, Gençdoğan S, Bez Y. Türkiye’de çocuk cinsel istismarı: gözden geçirme çalışması. *Med J Mustafa Kemal Univ.* 2015;4(14):39-48.
261. Şahan U, Şenavcı M, Erel Ö. Evaluation of under-18 marriage permit cases. *Bull Leg Med.* 2022;27(3):238-245.
262. Borkotoky K, Unisa S. Female education and its association with changes in socio-demographic behaviour: evidence from India. *J Biosoc Sci.* 2015;47(5):687-706.
263. Sarı U. *Kocaeli Üniversitesi Çocuk Ergen Psikiyatrisine başvuran sağlık tedbirli hastaların sosyo-demografik risk faktörlerinin ve ruhsal tanılarının incelenmesi.* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018.
264. Yılmaz A. Çocuk istismarı ve ihmali: risk faktörleri ve çocukların psiko-sosyal gelişimi üzerindeki etkileri. *Civilacademy Sosyal Bilimler Dergisi.* 2009;7(1):63-79.
265. Göcek G. *Suç faili olan çocuklar açısından çocuk suçluluğu ve çocuklara uygulanan ceza ve güvenlik tedbirleri.* İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
266. Avcil S, Avcil M, Yılmaz N. Sociodemographic and clinical characteristics of juvenile delinquents. *Cukurova Med J.* 2018;43(4):853-861.
267. Sen S, Karbeyaz K, Toygar M, Akkaya H. Sociodemographic evaluation of children pushed into crime in Eskisehir. *Turkish J Forensic Med.* 2012;26(3):146-155.
268. Bilaç Ö, Şentürk P, İlhan B, Orhon ZN, Bayrak A. The analysis of types of crimes and psychiatric diagnoses of delinquents: a cross-sectional study. *Turkish J Child Adolesc Ment Heal.* 2014;21:115-122.
269. Cantürk G. Çocuk suçluluğunda adli psikiyatrik değerlendirme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 2005;14:31-34.
270. Alper K, Tamer H, Açıksarı Ö, Avşar A, Karanfil R. Kahramanmaraş ilinde suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri. *Adli Tıp Dergisi.* 2014;28(2):115-120.
271. Kurtuluş A, Salman N, Günbet G, Boz B, Cenger C, Acar K. Denizli ilinde 12-15 yaş arasındaki suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri. *Pamukkale Tıp*

Dergisi. 2009;(1):8-14.

272. Gümüştas F, Yulaf Y, Gökçe S, Sağlam S, Kütük EK. Adıyaman ilinde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olguların bir yıllık geriye dönük incelenmesi. *Cukurova Med J*. 2014;39(2):280-289.
273. Kırcı GS. 2015 Ocak-2016 Haziran tarihleri arasında Trabzon Çocuk Koruma ve İzlem Merkezine başvuran çocuğun cinsel istismarı olgularının değerlendirilmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2017.
274. Baskın Embleton D, Ertoran İ, Önen N, Özkan A, Mersin H, Tekeli MC. Trafik kazalarında çocukluk çağında mortalite ve morbiditenin değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2016;17(3):84-88.
275. Ersoy B, Balcı Y, Gök Y, Ünüvar Göçeoğlu Ü. Adli Tıp polikliniğinde adli rapor düzenlenen çocuk hastaların değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2020;7(3):116-123.
276. Turan MT, Salih K. Evaluation of symptoms of acute stress disorder in victims of motor vehicle accidents. *J Clin Psy*. 2003;6(1):12-17.
277. Can İÖ, Demiroğlu Uyaniker Z, Ulaş H, Karabağ G, Cimilli C, Salaçin S. Travma mağdurlarında ruhsal travma bulguları. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2013;50(3):230-6.
278. Kasım B, Cem U, Mustafa K ve ark. Evaluation of the early age married girls applying to our department. *Open J Pediatr*. 2015;05(04):334-338.
279. Kaya H, Alnak A, Subaşı BZ, Arslan NB, Şahin D. Erken yaşta evliliklerin ruhsal sonuçları: Kadınların ruhsal ve cinsel sağlığındaki uzun dönem etkiler. *Klin Psikiyatri Dergisi*. 2022;25(1):57-66.